

LA

# CONSCIENCE MORBIDE

ESSAI DE PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT ÈS LETTRES,  
PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DES LETTRES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

PAR

**CHARLES BLONDEL**

Ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure,  
Ancien pensionnaire de la Fondation Thiers,  
Agrége de philosophie.  
Docteur en médecine.

---

PARIS

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

—  
1913

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation  
réservés pour tous pays.











LA

# CONSCIENCE MORBIDE

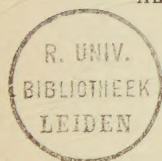
ESSAI DE PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT ÈS LETTRES,  
PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DES LETTRES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

PAR

**CHARLES BLONDEL**

Ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure,  
Ancien pensionnaire de la Fondation Thiers,  
Agrégré de philosophie,  
Docteur en médecine.



---

PARIS

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

—  
1913

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation  
réservés pour tous pays.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## AVANT-PROPOS

---

La clinique mentale a établi une distinction définitive entre les démences, congénitales ou acquises, aiguës ou chroniques, et les troubles mentaux de tout ordre qui ne relèvent pas d'un affaiblissement intellectuel, les psychoses proprement dites. Il y a intérêt pour la psychopathologie à adopter cette distinction et à la prendre pour point de départ. Nous avons en conséquence éliminé de notre recherche tous les états démentiels.

La classification des psychoses, la détermination des espèces morbides ont donné et donnent lieu à de nombreuses discussions. Nous ne songeons pas à intervenir dans le débat. Nous n'avons à en retenir qu'un seul point. Dans ses efforts nosographiques, à peine la clinique mentale est-elle parvenue à constituer un système défini d'entités morbides que les nécessités de l'observation l'obligent à admettre des formes de transition qui rétablissent entre elles la continuité. La manie et la mélancolie une fois individualisées, l'existence des folies circulaires et intermittentes a entraîné à tort ou à raison la conception de la psychose maniaque-dépressive, où manie et mélancolie sont venues se fondre et se grouper sous une étiquette commune ; les délires systématisés à évolution non démentielle une fois arrivés à l'autonomie, la question s'est posée de savoir si quelques-uns d'entre eux n'étaient pas secondaires à des accès maniaques ou mélancoliques et, plus récemment, si même la paranoïa tout entière ne devait



pas être rattachée à la psychose maniaque-dépressive. De ces synthèses, succédant à des analyses dont elles infirment au moins partiellement les résultats, les obsessions, la mélancolie d'involution fourniraient d'autres exemples encore. Il n'est pas jusqu'à la vaste conception que M. Janet a présentée de la psychasthénie, qui ne soit caractéristique à cet égard, puisque son domaine s'étend des obsessions aux délires, en passant par toutes les formes de l'excitation et de la dépression psychiques.

Ces difficultés et ces singularités de la nosographie mentale seraient inexplicables, si toutes les psychoses ou, du moins, nombre d'entre elles ne présentaient des caractères communs, dont le groupement formerait ce que la conscience morbide a de plus essentiel. La détermination de ces caractères communs constitue donc pour la psychopathologie un objet naturel de recherche.

D'autre part les études psychologiques ont pris une orientation assez nouvelle pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'examiner les modifications que leurs résultats récents sont de nature à apporter dans notre conception des troubles morbides.

La théorie de la conscience morbide que nous proposons ne prétend pas à s'appliquer sans vérification à d'autres types morbides que ceux dont nous présentons des exemples. Nos observations ont beau répondre à un groupe imposant d'entités morbides, il n'est pas évident *a priori* que la conscience morbide, dans l'ensemble des psychoses, ne se présente que sous une forme. Notre théorie ouvre donc la voie à des recherches nouvelles, dont nous ne pouvons prévoir si elles la confirmeront et permettront de l'étendre. Mais elle nous a paru être parvenue à un point où il y avait profit à la livrer à la discussion et à la critique.

---

# LA CONSCIENCE MORBIDE

---

## PREMIÈRE PARTIE

### OBSERVATIONS COMMENTÉES

Les sept observations qui suivent ont été toutes recueillies, en ces dernières années, dans le service de notre maître, M. le D<sup>r</sup> Deny, à la Salpêtrière.

Il nous a paru commode de désigner chaque malade par un prénom conventionnel, dont l'initiale correspondit au numéro de l'observation : dans le cours de l'ouvrage l'allégation des faits s'en trouvera, nous l'espérons, facilitée et allégée.

Il nous a paru indispensable d'accompagner l'exposition des faits d'un commentaire immédiat qui indiquât et soulignât, au fur et à mesure que l'observation nous les révélait, les multiples conditions auxquelles devait satisfaire la solution dont nous poursuivions la recherche : plus les matières que nous étudions sont complexes, plus l'observation des faits, si elle veut être féconde, suppose un effort d'interprétation aussi délicat que nécessaire qui en dégage patiemment l'essentiel.

---





## OBSERVATION I

## ADRIENNE

Adrienne, couturière, âgée de vingt-six ans, est restée dans le service de janvier à septembre 1908. Les certificats qui la concernent, tant l'immédiat que ceux de quinzaine et de sortie <sup>1</sup>, sont unanimes à considérer son état comme une psychose d'angoisse avec troubles cénesthésiques et préoccupations hypocondriaques. Seul le certificat d'entrée parle d'affaiblissement des facultés.

Ce diagnostic est dès l'abord à éliminer. Il n'existe pas trace d'affaiblissement intellectuel proprement dit. La malade, intelligente et relativement instruite, n'a pas perdu grand'chose de son bagage scolaire; elle s'intéresse aux questions qu'on lui pose, fait, quand il y a lieu, effort pour les résoudre et y réussit la plupart du temps; si elle se montre parfois un peu ralentie et anormalement distraite, il ne faut incriminer que les préoccupations qui l'assiègent et qui accaparent son attention. C'est dans les pires moments d'anxiété que ses réponses sont le plus défectueuses. L'anxiété disparue ou atténuée, elle se retrouve avec tous ses moyens intellectuels. Elle-même constate qu'il

1. Nul ne peut, d'après la loi, être admis dans un service d'aliénés sans un certificat, dit de placement, qui atteste la nécessité de l'internement. Nul ne peut y être maintenu que si, par deux certificats, rédigés, le premier dans les vingt-quatre heures après l'entrée et dit immédiat, le second quinze jours après et dit de quinzaine, le chef de service constate la légitimité de son maintien à l'asile. Nul ne peut enfin en sortir que sur un certificat, dit de sortie, émanant du chef de service, et énonçant son état.

lui arrive, quand on lui parle, de ne pas répondre aussitôt.

Comme il est fréquent, les règles ont cessé pendant onze mois, pour reparaitre en mai 1908, sans s'accompagner immédiatement d'une amélioration sensible. Mais l'examen somatique est à peu près négatif. Seuls, la région ovarienne droite et le cul-de-sac correspondant sont douloureux au toucher et à la pression. Douleur probablement légitime, car, la malade présentant en outre des pertes blanc verdâtre qui tachent le linge, il existe sans doute une inflammation annexielle droite ; mais douleur singulièrement dénaturée en la spontanéité de ses manifestations, car la malade la décrit comme une sorte de contraction nerveuse siégeant plutôt à l'hypocondre droit, à la hauteur du foie qui est normal, qu'à la région tubo-ovarienne, et irradiant non seulement dans le dos, mais encore dans la région thoracique. Au reste, sur ces douleurs, qui semblent répondre en effet à une lésion organique, elle passe rapidement ; sur d'autres souffrances, au contraire, qui n'ont pas, elles, de causes physiquement décelables, elle ne va pas tarir de détails et de lamentations.

Depuis neuf ans les migraines qui avaient déjà incommodé son enfance sont devenues plus violentes et presque intolérables ; elles siègent à la tête, au front, aux tempes ; elles ne s'accompagnent pas de vomissements, mais d'un sentiment de malaise gastrique.

L'estomac est d'ailleurs de tous ses organes le plus compromis. Elle y éprouve de la gêne, des battements, des gonflements, des douleurs qui irradient dans le dos. Il lui est arrivé de vomir aliments, sang ou bile. Elle a des régurgitations. La nourriture lui fait mal. Elle ne peut rien digérer. Sa diarrhée l'inquiète, quand ce n'est pas sa constipation. Ses selles sont douloureuses.

Elle se plaint de son cœur, au compte duquel elle met des battements, des palpitations, des étouffements, des suffocations, de l'oppression, des vertiges et aussi une syncope survenue à la messe en décembre 1905.

Elle signale encore des douleurs qu'elle éprouve aux articulations et aux reins, des névralgies intercostales, des crampes aux mollets, des sensations de froid aux jambes, la moiteur de ses mains, ses insomnies, ses cauchemars, son manque de force, son état de fatigue générale. Au total rien ne va plus.

A s'en tenir aux seuls dires de la malade, nous sommes en présence d'un état morbide dont l'élément douleurs constitue la note fondamentale. Or d'une manière générale ces douleurs, nous venons de le voir, ne se traduisent pas autrement que ne le font les nôtres. Sans doute la malade est-elle, peut-être plus qu'il ne convient, fervente de précisions (il est un point très délimité de sa colonne vertébrale où paralysie et hyperesthésie paraissent se succéder; ses forces n'ont pas augmenté en proportion de son poids; la volonté reste plus faible que le mal) et abondante en métaphores (barre au côté droit ou à la nuque; pression sur la nuque; coups de lancette au côté droit ou à l'estomac; coups de crochet aux tempes; comparaison de ce qu'elle éprouve au côté droit avec l'impression qui résulterait du tiraillement d'un cordon et surtout avec la sensation qu'y provoquerait la présence de petits pois). Mais ces précisions n'ont par elles-mêmes rien d'absurde et ces métaphores, toujours données comme telles et jamais prises à la lettre, semblent le fruit naturel et presque normal des méditations de la malade et des efforts qu'elle fait pour mieux rendre compte de son état : tout médecin est exposé à en entendre à peu près autant tous les jours, pour peu qu'il ait affaire à des clients nerveux et d'imagination facile.

Si donc ces douleurs relèvent d'un trouble psychique, nous n'en saurions trouver la preuve ni dans l'absence de lésions organiques : l'infirmité actuelle de nos connaissances nous interdit encore de nous prononcer absolument sur ce point; ni dans les caractères singuliers de leur expression discursive, dont nous venons de constater qu'elle côtoyait la normale.



Mais il est tout un autre domaine, celui des manifestations affectives et motrices, où notre conviction aura mieux de quoi se fonder.

L'alimentation de notre malade s'est promptement réduite, en ses meilleurs moments, à des œufs, du lait et du bouillon pris en petites quantités. Encore a-t-elle connu des périodes où elle rendait même le lait : ce n'est pas qu'elle n'ait faim, mais elle ne peut digérer ce qu'elle mange. Depuis qu'elle est souffrante, elle refuse toute alimentation carnée. Viande et pain de l'hôpital ne passent pas. Une bouchée de blanc de poulet a entraîné deux heures après de l'embarras gastrique, des vomissements, des douleurs dans le dos. En revanche, comme elle ignore sans doute la déplorable réputation du chocolat, elle en prend tous les matins sans dommage une bonne tasse. Depuis sa maladie elle ne peut se coucher autrement que sur le dos ; sinon la douleur qu'elle éprouve au côté droit lui remonte à la gorge et l'étouffe. Elle est fanatique de médicaments : elle ne dormirait pas sans les cachets qu'elle absorbe tous les soirs ; or il ne leur manque rien, sinon de contenir quelque chose. Toujours est-il que, pour paradoxales ou excessives ou controuvées que se montrent ces réactions, elles ne débordent pas sensiblement leur cause. Il est presque naturel, pour qui souffre de l'estomac, de veiller à sa nourriture, d'avoir ses bizarreries alimentaires, de provoquer des drames digestifs par des préoccupations postprandiales, d'être en goût de médecines et de prendre ses précautions pour bien dormir.

Mais demeurer des heures accroupie sur un banc sans rien dire, comme notre malade l'a fait en 1907, refuser de sortir, de se lever, rester alitée pendant huit mois, enfermée dans sa chambre, les rideaux tirés même en plein jour, comme elle l'a fait en 1906, ne pas quitter le lit de presque toute la journée et ne l'abandonner que contrainte et forcée, comme elle l'a fait d'abord à l'hôpital ; mais refuser toute nourriture, se laisser nourrir à la sonde pendant sept mois et finir par se la passer soi-même ; mais se déclarer inca-

pable de toute occupation et cesser tout travail parce que les digestions sont trop pénibles et parce qu'après les repas il faut d'abord rester tranquillement assis, puis faire les cent pas pour mieux digérer le pain qu'on a mangé ; mais ne plus lire une ligne à cause de sa faiblesse et ne presque plus parler parce que la moindre conversation fatigue et devient douloureuse ; mais bien marcher quand on est seul et qu'on se croit à l'abri du regard, et se courber, chercher des points d'appui, dès que l'on sent la présence de quelqu'un, pour mieux confirmer de ses attitudes la véracité de ses dires : voilà réellement qui dépasse de bien loin les communes réactions des malades de l'estomac. Ici il n'est plus de doute ; cette conduite est nettement et franchement pathologique.

Et notre malade ne s'en est pas tenue là : en septembre 1907 elle a fait une tentative de suicide et avalé une potion de jusquiame et de belladone, renforcée d'une cinquantaine de gouttes de laudanum, qui a agi comme un vomitif. Elle rumine des idées d'intervention chirurgicale : « J'ai toujours cru, nous dit-elle en mai 1908, qu'il fallait que l'on m'opère pour l'appendicite ou pour l'estomac ».

Il ne nous paraît pas possible de comprendre une telle manière de se comporter autrement que comme un véritable délire en action. Notre préoccupation de la vie intellectuelle est si grande que nous ne songeons généralement à parler de délire qu'en présence de conceptions délirantes. Mais la pensée discursive et sa traduction, la parole, ne sont pas les seules expressions de l'activité mentale, qui s'actualise également en attitudes, en mouvements et en démarches complexes. Pour délirer nous avons donc d'autres moyens que la pensée conceptuelle. Il est des délires qui se parlent avant de se vivre ; il en est d'autres qui se vivent avant de se parler ; et les deux manifestations ne se complètent pas nécessairement. Nous connaissons tous de ces délirants systématisés dont rien, ou à peu près, dans la conduite ne trahit les folles imaginations. De même, ici, le délire n'est

pas, à proprement parler, dans la manière dont la malade rend compte de son état, mais bien dans les démonstrations motrices qu'elle en fournit. Certaines de ses réactions, les troubles de la marche en témoignent, semblent d'abord avoir été concertées par elle comme des conséquences logiques des douleurs qu'elle éprouve et voulues alors comme telles; mais il paraît bien que, pour la plupart, elles ont été involontairement subies et se sont développées par leurs propres moyens avec l'ampleur que nous avons vue. On pourrait donc dire que, deux directions s'offrant à l'activité morbide, la voie conceptuelle et la voie motrice, après quelques courtes incursions dans l'une, elle s'est tout entière portée dans l'autre et a abouti à une exceptionnelle floraison de troubles moteurs, à un véritable délire des actes.

Il s'y associe un véritable délire émotif, favorisé en son éclosion par les tendances constitutionnelles de la malade. Toute sa famille est suspecte au point de vue nerveux. Son père et surtout sa mère sont des émotifs. Son frère est mort à treize ans de méningite. Elle-même s'est montrée, dès l'enfance, orgueilleuse et autoritaire. Assez gaie, mais timide, réservée, susceptible, prenant toutes choses à cœur, elle n'a pas eu beaucoup d'amies. D'une sensibilité précoce, à huit ans, lors de la mort de son frère, elle a retenti douloureusement au désespoir de sa famille. Romanesque, elle aimait les lectures attachantes et sentimentales.

Avec la maladie son caractère a changé; il est devenu, dit-elle, plus « monotone ». En même temps elle se montrait de plus en plus exigeante, au point de réclamer de l'eau de Cologne pour se débarbouiller et de ne plus manifester à ceux qui la soignaient ni affection ni reconnaissance. A l'hôpital, au dire de la surveillante, elle se révèle « capricieuse »; elle se plaint d'être continuellement « agacée ». Lors de l'examen somatique elle manifeste une pudeur excessive et des appréhensions injustifiées : il faut se résoudre à la faire maintenir de force.

Dès le début de sa maladie elle a présenté des crises anxieuses : en 1906, à Paris, chez une cousine, elle se désespère, pleure, supplie, sans qu'aucun raisonnement puisse la calmer : on veut la laisser mourir, on ne la soigne pas, on ne s'occupe pas d'elle. Dans l'été 1907, chez son père, elle fait des scènes de désespoir. Depuis six mois ces crises émotives se sont multipliées. A l'hôpital elles se renouvellent dès le premier interrogatoire : il faut l'amener presque de force au cabinet de consultation ; elle pleure, crie, s'affale sur une chaise, y reste accablée, se cache le visage dans son mouchoir ; elle entrecoupe ses soupirs et ses gémissements de : « Jamais je ne guérirai ! je vais mourir ici ! On va me tuer ici ! » ; elle s'agite et tape du pied. Et à la question : « Qu'avez-vous ? », elle répond tout uniment : « Une maladie d'estomac ».

Même en ses moments de calme elle garde un fond anxieux. Elle désespère de guérir, la vie lui est à charge, elle rêve de mourir. Ce n'est que pour son père et sa mère qu'elle souhaiterait de guérir et de vivre, car elle leur a gardé toute son affection. Mais, en fait, elle est pour eux un sujet constant de chagrin et d'inquiétude et elle a peur que son père, qui en avait déjà conçu le dessein lors de la mort de son frère, n'en vienne à se suicider de désespoir en apprenant son état. Outre les maux présents qui l'accablent, elle entrevoit donc, pour un avenir prochain, d'autres malheurs, dont elle serait responsable et qui entraîneraient ses proches dans sa propre ruine. Ainsi l'anxiété, selon la règle, fait tache d'huile et s'objective, d'une manière toujours plus large, en de sourds sentiments de confuse culpabilité, que la malade n'intellectualise point, car elle ne conclut pas : « Je suis indigne et mon indignité causera la perte de tous les miens ». Le délire proprement dit avorte et reste à l'état virtuel et embryonnaire de manifestation affective.

La malade n'hésite pas à faire remonter l'origine de sa maladie à une peur qu'elle a eue il y a plusieurs années, et tout son entourage a adopté cette conviction, dont elle a



évidemment plus d'une fois administré les preuves. Tout d'abord et pour n'y plus revenir, il semble bien qu'elle se trompe. De son propre aveu elle a pu, depuis cette peur, concevoir le projet de quitter son pays et de venir s'installer chez une cousine, à Paris, pour améliorer sa situation en apprenant la couture. Elle y est arrivée en octobre 1905 et pendant deux mois, jusqu'à la syncope de décembre, elle est restée bien portante et n'a rien présenté d'anormal. Si l'état actuel relevait de l'émotion ancienne, il faudrait donc y voir une rechute. Mais les névralgies, maux d'estomac, et menus malaises, dont la malade s'est plainte avant 1905, semblent bien peu de chose auprès de ce qu'elle éprouve présentement, et ne paraissent pas avoir jamais donné lieu à des réactions analogues. Pour accepter ses dires il faudrait donc admettre qu'une émotion violente peut attendre des années avant de produire ses effets les plus marqués. Une pareille démonstration demanderait plus de rigueur. Maintenant, que la conviction de la malade soit partagée par son entourage, il n'y a point lieu de s'en étonner : le rôle pathogène de la peur est un préjugé populaire. Le fait même que la malade attribue son mal à une vive émotion n'a rien de morbide : elle s'affirme par là de son temps et de son milieu.

En tout cas cette peur se présente comme un événement capital dans sa vie. Il semblerait que le souvenir en ait dû rester dans sa pensée toujours présent et immuable. Il n'en est rien cependant. De cette peur, en effet, il n'est pas possible de préciser la date. Sans doute la malade déclare, à son entrée dans le service, qu'elle avait alors seize ans et demi, ce qui nous rejette, puisqu'elle est née à la fin de 1881, au milieu de 1898 ; sans doute elle dit, en février 1908, que cela fait neuf ans et demi et, en mai 1908, que cela fera dix ans au mois de juin, ce qui nous reporte à la même date. Mais comment expliquer qu'en janvier 1908 elle fasse remonter cette peur à huit ans seulement et que sa cousine, qui ne peut tenir cette date que d'elle ou de ses parents, parle de 1902 ?

De même pour le détail de l'événement. On s'attendrait à en obtenir de la malade un récit circonstancié. Or le seul exposé coloré et cohérent que nous en ayons, nous le devons à la cousine : la jeune fille revenait de porter à manger à ses parents, qui étaient aux champs ; un maraudeur a voulu abuser d'elle ; elle est tombée sans connaissance en poussant un cri, qui heureusement fut entendu, et on vint à son secours. Le drame est ainsi complet et construit selon les règles. D'après la malade il s'agissait tantôt d'un jeune homme, sans plus, tantôt d'un aliéné : de maraudeur nulle mention et le maraudeur faisait ici bien mieux notre affaire, était bien mieux dans son rôle. Le passant n'a fait que la serrer brusquement par les bras : au lieu d'une agression sauvage dont la signification saute aux yeux, nous ne tenons plus qu'un geste brutal et simplement équivoque. Elle a crié au secours : l'individu a eu peur et l'a aussitôt lâchée. Sa frayeur était telle qu'elle s'est trouvée mal sur la route ; mais le danger était passé et, si des gens sont accourus, ils n'ont pas eu à intervenir. On dirait vraiment d'un dramaturge malhabile, préoccupé seulement de son dernier acte et incapable d'imaginer les péripéties nécessaires pour justifier le dénouement.

De telles singularités posent bien des problèmes : nous allons essayer de les indiquer, sinon de les résoudre.

Le désaccord existant entre le rôle primordial que la malade fait jouer à cette peur et l'imprécision des renseignements qu'elle donne à son sujet, a quelque chose, en effet, de paradoxal. Faut-il voir ici une manifestation de sa pudeur que nous savons être excessive ? Il ne semble pas. A supposer que la cousine ait quelque peu brodé son récit, il faut bien qu'elle en tienne le thème de la malade elle-même et, à l'hôpital, nous n'avons pas été seul à solliciter des confidences : une surveillante s'en est également chargée et n'en a pas obtenu davantage. Il faut donc bien admettre que les imprécisions et les contradictions du récit de la malade correspondent aux contradictions et aux im-

précisions mêmes de sa pensée. Une seule chose est claire dans son esprit : c'est l'état affectif qui a déterminé sa maladie. Il l'intéresse non par ses causes, mais par ses effets. Notre curiosité, quand nous l'interrogeons, ne va donc pas dans le même sens que son inquiétude. Quand nous lui parlons de sa peur, elle et nous, malgré l'apparence, ne parlons pas de la même chose. Nous voulons préciser la situation de cette émotion dans son passé; elle n'en voit que l'épanouissement actuel et les prolongements possibles dans l'avenir. Elle se détourne donc naturellement de l'objet de notre recherche et juge qu'elle en a toujours dit assez. Sa peur n'est pour elle que trop vraie et trop réelle, mais c'est beaucoup moins à cause de ce qu'elle a été qu'à cause de ce qu'elle a produit.

Voilà donc une peur qui s'affirme et s'étale avec toutes ses conséquences, sans que la malade se préoccupe de la justifier nettement et de lui proportionner ses causes. Or nous l'avons vue, tout à l'heure, exciper de simples troubles gastriques pour expliquer de formidables crises d'anxiété. Ce rapprochement pose un problème à peu près impossible à résoudre : la peur passée a-t-elle été éprouvée, à son origine, avec l'intensité que lui attribue présentement la malade ? Ou ne tient-elle pas cette intensité de l'éréthisme émotionnel que nous constatons actuellement ? Autrement dit, dans le domaine affectif ne s'est-il pas passé ici ce que l'on observe tant de fois dans le domaine intellectuel chez les délirants systématisés ? Ne sommes-nous pas en présence d'un véritable délire rétrospectif, mais de nature affective ?

Une anxiété diffuse à travers la masse des états psychiques répugne à la conscience réfléchie, qui vise naturellement à la définir et à la situer comme tout le reste. Nous l'avons vu ici se concentrer dans le présent autour des troubles gastriques, dans l'avenir autour des incertitudes de la guérison et des préoccupations familiales. Le même travail doit se produire dans le passé : l'ensemble des sou-

venirs constitue un fond indistinct, sur lequel se détachent, comme autant de points de repère, les événements capitaux de notre vie. C'est sur les plus pénibles d'entre eux et, quand il y a lieu, sur le plus pénible que l'anxiété vient spontanément se poser, en les faisant revivre avec une intensité multipliée et en les baptisant sa cause.

Ainsi peut avoir fait notre malade. Mais un tel souvenir est partie intégrante de l'anxiété présente bien plus que reproduction de l'émotion passée, de l'intensité réelle de laquelle il est donc impuissant à nous informer. Or, vu les circonstances, c'est sa tonalité affective qui le constitue presque tout entier; de l'événement même qu'il rappelle, la conscience est réduite à peu de chose. Le souvenir d'une mélodie est indépendant de celui des musiciens qui la jouaient et des circonstances où elle a été entendue. De même notre malade revit sa peur passée à peu près détachée de l'événement qui l'avait fait naître.

C'est donc un souvenir bien singulier. L'essentiel en appartient au présent. De tout ce qui le rattacherait précisément au passé, il n'apparaît à la conscience que le minimum indispensable pour en faire un souvenir. Et même, de ce minimum indispensable, la véridicité est sujette à caution : jusqu'à quel point le peu que nous en savons reproduit-il exactement l'événement passé? Jusqu'à quel point est-il la matérialisation rétroactive du paroxysme affectif auquel nous assistons? Il est impossible de le dire. Nous trouverons ailleurs d'autres preuves que de tels souvenirs puisent souvent leur seule réalité dans l'anxiété qui les évoque, et nous toucherons alors à la limite du paradoxe, puisque ces souvenirs se trouveront, à l'analyse, ne contenir que de l'actuel.

Nous croyons en avoir assez dit pour justifier l'expression de délire émotif, dont nous nous sommes servi tout à l'heure. En tous les sens la malade vit dans des conditions affectives qui ne sont plus les nôtres et que nous avons peine à nous représenter dans leurs causes et dans leurs



effets. Et les mêmes observations vaudraient ici, que nous avons déjà faites à propos des manifestations motrices. Il n'y a pas de délire, si l'on s'en tient à la définition courante, car la malade parle notre langue, et nos concepts, comme notre représentation des choses, semblent cadrer grossièrement avec les siens. Cependant il ne faudrait pas trop s'avancer. A ses suffocations, à ses vertiges s'associe l'impression d'un brouillard devant les yeux et, de fait, sa vue est, croit-elle, affaiblie : elle dit ne plus pouvoir fixer la lumière. De même, dans la conversation, sa langue ne lui obéit pas toujours : il est des mots qu'elle pense sans pouvoir les prononcer. Mais, comme ses ruminations psychiques se fixent de préférence sur son estomac, son cœur et sa faiblesse, elle n'en conclut pas qu'elle ne voit plus comme autrefois et qu'elle n'est plus maîtresse de ses mouvements. Réduite à ce qu'elle en dit, la chose semble de peu d'importance ; mais dans le cadre qui l'environne, ne donne-t-elle pas l'impression confuse d'une poussée délirante avortée ?

D'autre part, pendant la première semaine de son séjour chez M. Déjerine, du service duquel elle a passé au quartier d'asile, mise à l'isolement, elle a entendu, venant de la pièce voisine, des voix injurieuses, d'hommes aussi bien que de femmes, qui la traitaient de « cocotte » et affirmaient que sa place serait plutôt à la caserne. En même temps on frappait à ses carreaux. Sans doute ces hallucinations, tout épisodiques, s'expliquent très naturellement par l'état d'innervation où se trouvait la malade. Mais, malgré l'évidence, elle reste convaincue qu'elle ne s'est pas trompée et que les paroles qu'elle a entendues ont bien été prononcées dans les conditions qu'elle dit. Voilà donc, ici encore, une greffe délirante qui n'a pas porté ses fruits.

Du reste il y a délire, en un sens plus large et plus complet, puisque les manifestations motrices et émotives sont ici véritablement paradoxales et irréductibles aux manifestations normales. Or, s'il est commode pour l'analyse de

distinguer de l'intelligence la motricité et l'émotivité, il est bien difficile d'admettre que cette distinction corresponde absolument à la réalité. Nous sentons et nous agissons dans le monde extérieur que nous nous représentons. L'intelligence taille son domaine dans la continuité de l'acte psychique entre l'impulsion affective que nous subissons et l'élan moteur qui la projette au dehors ; elle n'est qu'un lacet de la route qui de l'objet ramène à l'objet et son tracé dépend du chemin qu'elle prolonge et de la voie où elle conduit. Ici motricité et émotivité sont trop atteintes pour que l'intelligence ne nous soit pas suspecte. Mais l'activité morbide s'en est, pour ainsi dire, distraite et a porté ailleurs son effort. Dans le domaine des représentations et des concepts elle s'est contentée à si peu de frais qu'elle n'a pas besoin, pour s'exprimer, de s'écarter sensiblement de notre logique et de notre ordre intellectuel. Cependant un soupçon nous vient naturellement à l'esprit : peut-être, pour nous donner l'impression qu'on nous parle notre langue, pour que concepts évocateurs et concepts évoqués paraissent coïncider, suffit-il d'une approximation très grossière ; peut-être ainsi la malade délire-t-elle, mais son délire est-il de nature à ne pas se trahir dans son langage, parce que ce langage n'introduit dans le nôtre qu'un fléchissement insensible et global, incapable de se déceler au dehors.

---

## II

### OBSERVATION II

#### BERTHE

Berthe, âgée de trente-huit ans, sans profession, a séjourné dans le service de novembre 1907 à mars 1908, date où elle sort « suffisamment améliorée »<sup>1</sup>. Son père, mort à cinquante ans, était éthylique; à la suite de la mort de sa femme et de pertes d'argent il eut une « maladie noire », au cours de laquelle il médita de se jeter à l'eau avec son fils. Un oncle paternel se serait laissé mourir de faim. Un oncle maternel est mort « fou » à cinquante ans. Un des deux frères utérins de la malade est très nerveux. Elle-même a fait deux fausses couches. Deux de ses enfants sont morts, l'un en naissant, l'autre de méningite. Il ne lui reste que deux fils (treize et sept ans) nerveux. Ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires, sont donc assez fâcheux.

S'agit-il dans ce cas de confusion mentale, comme le veulent les deux premiers certificats, de placement et immédiat? Il est permis d'en douter.

Evidemment la malade présente de la céphalée; l'existence de troubles gastro-intestinaux et d'une entérocôlite muco-membraneuse est démontrée par la douleur que détermine la pression exercée sur le côlon, par le clapotage que révèle la percussion du côlon ascendant et du côlon descendant, par la constipation, par la présence de sang et de

1. Certificat de sortie.

glaires dans les selles; la respiration est obscure aux deux sommets et on relève quelques crachats; on constate, surtout à l'entrée, des troubles de la mémoire; la physionomie est égarée, les moindres opérations mentales demandent des efforts disproportionnés pour un résultat souvent médiocre, certains récits offrent un caractère tout onirique. Autant de raisons de penser à l'état de « torpeur », d'« engourdissement toxique de l'activité intellectuelle supérieure » avec « rêverie automatique », qui définit, selon Régis<sup>1</sup>, la confusion mentale. Mais ce diagnostic, à plus ample examen, apparaît comme notoirement incomplet: les troubles morbides sont anciens de trois ans, d'après l'amant, de dix, d'après la malade. Elle a pleine conscience de ses défauts de mémoire et de ses défaillances intellectuelles; elle tend plutôt à les exagérer; elle se les reproche comme une faute et comme un ridicule; elle s'applique à les justifier en invoquant l'insuffisance de son instruction. Peut-être, pour expliquer cet égarement, suffit-il du déficit de l'attention volontaire déterminé par l'état anxieux, dont nous aurons occasion de souligner l'importance. Il n'y a ni amnésie de fixation ni amnésie lacunaire consécutive: les épisodes d'apparence onirique demeurent présents à la conscience de la malade et sont évoqués spontanément. Enfin le certificat de quinzaine constate que la confusion est légère et donne la première place aux préoccupations hypocondriaques. L'élément toxique est donc loin d'être tout. En réalité il s'agit d'une psychose d'angoisse, peut-être modifiée dans ses allures cliniques par l'intervention de toxines endogènes (entérocolite, tuberculose?).

Après une enfance très ricieuse et très joueuse, la malade a manifesté, dès dix-huit ans, par une crise de préoccupations hypocondriaques l'instabilité de sa constitution émotive. Elle reconnaît avoir toujours été très impressionnable: au début de sa maladie elle a vu des gens se battre dans la

1. *Précis de Psychiatrie*, 3<sup>e</sup> éd., 1906, p. 288.



rue et, de frayeur, a fait une poussée ictérique. L'état actuel remonte à plusieurs années déjà. L'influence des couches est vraisemblable. Des préoccupations, surtout matérielles, peuvent avoir aussi joué leur rôle. En même temps que sont apparus les troubles gastro-intestinaux, son caractère s'est assombri, au point qu'elle s'ennuyait à propos de tout. Des idées d'humilité, de persécution et de suicide se mêlaient dans son esprit : « Je m'ennuie, disait-elle, et j'ennuie tout le monde. On veut me tuer, mais je me tuerai toute seule ». En juin 1907, la diminution de l'activité, l'apathie sont allées jusqu'à une morne immobilité, voisine de la stupeur, qu'interrompaient seulement quelques démarches machinales, comme de ramasser des brindilles dans le jardin. Puis l'anxiété s'est installée et affirmée.

Actuellement dans le service la malade ne s'occupe à rien, se montre exigeante, mais plutôt timide et silencieuse. Quand on l'interroge, très excitée, très prolixe, elle pleure et se lamente sur l'horreur de sa situation. Dégoutée d'elle-même, elle n'a plus de goût à rien. Elle a beau essayer de ne pas voir tout son malheur, elle voit bien que son cas est grave et qu'elle est tout bonnement perdue. Il n'y a plus rien à faire. Elle ne pourra jamais guérir. Mieux vaudrait mourir, dans ces conditions. Autrefois elle réagissait contre l'envie qu'elle avait de se jeter par la fenêtre. C'est maintenant qu'elle devrait se suicider. Tout cela ne va pas sans gémissements et sans larmes. Elle n'est du reste pas la seule sur qui elle s'inquiète ; son ami est dans les automobiles ; en Algérie une vieille femme lui a prédit qu'il ne mourrait pas dans son lit ; le métier de son ami aidant, cette prédiction l'a terrorisée ; elle est dans des transes mortelles quand il reste deux jours sans lui écrire ; elle pleure à l'idée du désespoir où il doit être, la sachant dans cet état. Elle souffre des souffrances d'autrui comme si c'était elle-même qui les éprouvait ; à l'en croire, elle en oublie quelquefois les siennes et les larmes, à cette occasion, de se redonner carrière. Il est difficile de trouver anxiété plus marquée et plus diffuse.

Cependant la malade dit ne plus éprouver que de rares « élans » : somme toute, il n'y a plus rien qui « vibre » en elle. Ainsi, c'est son éréthisme affectif qui nous frappe, mais c'est de son indifférence qu'elle se plaint. La contradiction saute aux yeux. Il nous suffit pour le moment de la signaler.

Ce n'est pas seulement dans son affectivité que la malade se sent diminuée. Elle a perdu la tête et mieux vaudrait pour elle qu'elle l'eût perdue complètement. Elle n'a plus de mémoire ni de conversation. Sa tête n'est plus comme avant. Elle n'est plus la même. Elle n'a jamais été fière ; mais elle le voudrait qu'elle ne pourrait pas l'être, dans l'état où elle est réduite. Elle a honte d'être comme elle est, après avoir été ce qu'elle était. Il lui semble agacer et importuner tout le monde. Mais elle est innocente et n'a aucunement mérité ses souffrances. Le calvaire qu'elle gravit depuis quatre mois la conduira peut-être au ciel. Le délire donne ici deux rameaux : l'un grandit librement et pousse jusqu'aux idées de négation, l'autre, incertain dans sa croissance, hésite entre les idées de culpabilité et les idées de grandeur et n'arrive à se développer ni dans un sens ni dans l'autre.

A l'effacement de la personnalité morale se joignent des modifications profondes de la personnalité physique. Outre les troubles fonctionnels que nous avons déjà signalés, la malade, qui a antérieurement subi une laparotomie pour une affection dont elle ne peut préciser la nature, présente une sensibilité anormale des culs-de-sac vaginaux, surtout à droite. Elle n'insiste pas cependant sur ses douleurs abdominales. Sans doute elle se plaint de son estomac qui ne fonctionne plus, de la nourriture qui ne passe pas ; sans doute elle éprouve des douleurs rhumatismales, des maux de tête, des étouffements, des battements de cœur. Mais tout cela ne compte pas. Ce qui l'inquiète, c'est l'affaiblissement général de ses organes, de ses jambes, de ses nerfs, qui n'ont plus l'élasticité d'autrefois. Son sommeil n'est plus

normal. Son corps est lourd sur ses épaules. Elle a maigri. Ses chairs se sont atrophiées. Elle n'a plus de force, plus de sang. Toutes ces expressions, prises isolément, nous sont familières : quel malade n'en a pas employé au moins une ? Leur accumulation seule ici commence à étonner. Mais le tableau s'amplifie : son nez est bouché, elle ne respire plus comme avant, elle n'a plus de souffle. Sa voix est changée et n'était pas autrefois ainsi forte et enrouée. Elle n'est plus comme autrefois. Elle n'a plus rien du tout. Elle fera un beau sujet anatomique. Elle est un polichinelle, une vraie momie... Plus de doute. Ces dernières expressions éclairent les précédentes : la malade présente un délire de négation et de transformation organiques. Et en même temps elle souffre de partout : c'est une souffrance générale qui ne lui laisse pas de répit. Là-dessus elle se pique vigoureusement elle-même pour se démontrer et démontrer aux autres qu'elle a perdu toute sensibilité au moins cutanée. Voici donc un fantôme de corps insensible à la souffrance et cependant étrangement douloureux.

La chose vaut que nous nous y arrêtions un instant. Nombre de psycho-physiologistes ramènent l'émotion à la conscience des modifications viscérales ; plus nombreux peut-être sont ceux qui voient dans la conscience des mêmes états organiques le fondement de la personnalité, tant psychique que physique. Or notre malade trahit un état de dépersonnalisation psychique et surtout physique très avancé : il faut donc qu'elle ait perdu, en totalité ou en partie, conscience de ses sensations viscérales. Elle présente, d'autre part, un manifeste éréthisme affectif : il faut donc que, de modifications viscérales excessives, elle acquière pleine connaissance. Point ne suffirait pour expliquer la contradiction de substituer à l'hypothèse de la disparition ou de l'exagération des sensations organiques, celle d'une perturbation susceptible de provoquer pareil ensemble morbide. Car de quel sens et de quel ordre pourrait être cette perturbation, sous l'influence de laquelle la conscience du corps s'efface-

rait, d'un côté, au point de disparaître, l'émotivité s'exalterait, de l'autre, au contraire, au point de donner naissance à une anxiété continue? Contentons-nous donc d'abord de reconnaître franchement la contradiction sans essayer de la résoudre<sup>4</sup>.

4. Des théories sur l'étrangeté du monde extérieur, la dépersonnalisation physique et morale, et des théories cénesthésiques en particulier, on trouvera l'historique et l'exposé dans Hesnard : *Les troubles de la Personnalité dans les Etats d'Asthénie Psychique* (Thèse Bordeaux 1909), Dugas et Moutier : *La Dépersonnalisation* (1911) et surtout Oesterreich : *Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonnalisation in der Psychasthenie; ein Beitrag zur Gefühlspsychologie* (J. f. Psychol. u. Neurol., 1906-8, Band VII-IX).

Il ne nous semble pas sans inconvénient de donner, ainsi que l'ont fait ces auteurs, Krishaber et Taine comme ayant, des troubles que nous avons en vue, proposé une théorie sensualiste et fait intervenir presque exclusivement les perversions proprement sensorielles. Krishaber (*De la Névropathie cérébro-cardiaque*, 1873) parle bien d'aberrations et de perversions sensorielles, mais le contexte démontre qu'il entend par là des troubles, non seulement des sensibilités spéciales, mais aussi de la sensibilité générale; car l'angoisse précordiale, les névralgies, les sensations de vide, de vertige, d'oppression, etc., sont mis par lui au premier plan du tableau morbide. Quant à Taine, dans *l'Intelligence*, (t. I, livre III, les *Sensations*, chap. II), il réduit les sensations internes à de simples variétés et modalités de la sensibilité tactile: si donc dans sa note *Sur les Eléments et sur la Formation de l'Idée du Moi* (*Revue philosophique*, 1876, I, 289), reproduite en appendice au tome II de la troisième édition de *l'Intelligence*, il parle de perversions sensorielles, elles comportent évidemment pour lui des troubles cénesthésiques, comme en témoigne, du reste, suffisamment la comparaison fameuse avec le papillon qui aurait gardé ses souvenirs de chenille.

L'erreur serait encore plus grande à l'égard de M. Ribot qui a justement protesté contre l'allégation d'Oesterreich le rangeant parmi les sensualistes (*Problèmes de Psychologie Affective*, 1910, p. 26). Les *Maladies de la Personnalité* (1883) font du « sens organique », du « sens du corps », « pour chaque animal la base de son individualité psychique » (p. 24). C'est de perturbations organiques entraînant des troubles de la cénesthésie que relèvent non seulement les idées de négation et de transformation corporelles, de dépersonnalisation morale, mais encore l'étrangeté du monde extérieur. En effet « l'apport des sens externes (le toucher excepté) n'est pas un facteur essentiel » (p. 101) pour la constitution du moi. Les troubles sensoriels existent dans la névrose cérébro-cardiaque, mais ils « ne sont qu'un épisode extérieur d'un désordre intérieur, plus profond, qui atteint le sens du corps » (p. 102). Et M. Ribot énumère les troubles cénesthésiques signalés par Krishaber, approuve l'interprétation de Taine, ce qui peut expliquer l'erreur dont il a été victime, et conclut « que les troubles sensoriels ne sont que le résultat d'un trouble plus profond qui retentit dans l'organisme, et que par conséquent, ici encore, le sens du corps joue le rôle principal dans la pathologie de la personnalité » (p. 107).



La sensibilité au contact et à la douleur ne laisse pas seule à désirer. Tous les sens de la malade sont généralement appauvris. Sans doute elle sent encore le goût de ce qu'elle

Donc ces théories méritent plus justement d'être rangées, afin d'éviter toute équivoque, parmi les théories cénesthésiques, pour une part qui va croissant de Krishaber et Taine à M. Ribot.

M. Ségas (*Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895) fait de l'« état cénesthétique » « la base fondamentale de l'idée de personnalité » (p. 130), considère que « les troubles de la sensibilité interne, viscérale », « constituent souvent le point de départ des idées de négation hypocondriaques » (p. 469), et estime que les troubles des sensibilités spéciales, « chez le négateur mélancolique, n'intéressent pas la sensation élémentaire » (p. 474).

Il est important de noter que Krishaber et Taine, à sa suite, localisent le trouble physiologique au point le plus central du trajet périphérique, aux cellules où s'élaborent les impressions sensibles et qu'il semble en être de même de M. Ribot dénonçant « la modification insolite » subie par « tous les éléments nerveux servant aux sens externes lésés..., à la sensibilité organique et viscérale » (p. 407).

D'autre part, à propos de la perte de la vision mentale chez les mélancoliques anxieux, à laquelle Cotard (*Etudes sur les Maladies Cérébrales et Mentales*, 1894, VII, travail datant de 1884), attache une grande importance, M. Ségas propose l'interprétation suivante : « Bien plutôt que les images elles-mêmes, c'est la faculté de les évoquer qui est atteinte, le pouvoir de les assimiler à cet ensemble de faits psychologiques qui constitue la conscience personnelle » (p. 474). Et « la raison des idées de négation portant sur le monde extérieur » lui paraît devoir être cherchée dans un trouble de la « synthèse des sensations brutes » : « De même qu'ils ont perdu la faculté de se représenter les objets vus autrefois, d'assimiler à leur conscience personnelle les images qui sont la base des souvenirs de ces objets, de même les diverses sensations fournies par les objets actuels ne sont pas synthétisées complètement et incorporées à la masse des acquisitions antérieures qui constituent la personnalité » (p. 667).

Enfin M. Ribot entend nettement ne pas isoler le sensoriel du cénesthésique : « Outre qu'il a sa constitution propre dans chaque individu, — marque qu'il imprime directement et nécessairement à tous ses produits, — chaque appareil sensoriel dépend, à tous les instants, et sous toutes les formes, de la vie organique : circulation, digestion, respiration, sécrétion et le reste. Ces diverses expressions de l'individualité s'ajoutent à toute perception, émotion, idée, ne font qu'un avec elles, comme les harmoniques avec le ton fondamental » (p. 467).

Exprimons toutes ces dernières données en langage anatomo-physiologique : le trouble a son siège dans les centres nerveux, il n'intéresse pas seulement les cellules (Krishaber, Taine, M. Ribot), mais encore les fibres d'association (M. Ségas), et les centres sensoriels sont en étroite union avec les centres cénesthésiques (Ribot).

Or cette intervention des fibres d'association, cette conception d'une union étroite entre centres sensoriels et cénesthésiques sont précisément les éléments essentiels de la doctrine de Wernicke (*Grundriss der Psychiatrie*, 2<sup>e</sup> édit., 1906, *Psycho-physiologische Einleitung*) : les

mange. Mais sa vue a baissé et n'est plus aussi claire ; devant ses yeux passent des miroitements, des points noirs, des ombres, des têtes dont elle ne peut distinguer les traits

maladies mentales intéressent non les zones et les fibres de projection, mais les fibres d'association. Or nous n'avons pas de représentation concrète des corps sans une évocation d'images qui implique l'existence de fibres d'association entre diverses zones de projection. La conscience du corps suppose les sensations organiques, la conscience du fonctionnement des organes, qui serait impossible sans zones spéciales de projection, et est constituée par la somme de toutes les images cénesthésiques qui ne peuvent faire corps et être évoquées, comme il a lieu en fait, dans leur ensemble sans fibres d'association. La conscience du moi est, de même, une somme d'états de conscience et de tendances inintelligible sans fibres d'association. Et, comme toute perception suppose une impression sensorielle et un ton affectif tenant aux sensations cénesthésiques, comme dans la localisation les mécanismes moteurs ont une énorme importance, comme la conscience du moi est étroitement dépendante de la connaissance des objets et de la conscience du corps, il faut admettre entre les zones de projection des impressions sensorielles, des impressions cénesthésiques et des états proprement psychiques, de nouvelles fibres d'association qui subordonnent la connaissance du monde extérieur à celle du corps et la conscience du moi à la conscience du corps et à la connaissance du monde extérieur.

S'inspirant des travaux de Wernicke et de son école, MM. Deny et Camus, dans une série de publications (*Sur un cas d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps*, *Revue Neurol.*, mai 1905 ; *Sur un cas de délire métabolique de la personnalité lié à des troubles de la cénesthésie*, *Archives de Neurol.*, octobre 1905 ; *Etude nosologique et pathogénique du délire des négations*, *Annales méd.-ps.*, mai-juin 1906) ont donné de l'étrangeté du monde extérieur et de la dépersonnalisation physique et morale une théorie systématique : puisque, en pareil cas, il est impossible de constater aucun trouble objectif de la sensibilité, aucune anesthésie viscérale, il faut admettre que ces troubles sont dus à une inhibition des centres cénesthésiques, à une paralysie des fibres d'association. Si, de ce fait, les impressions sensorielles ne sont plus capables d'évoquer leurs harmoniques organiques et en particulier musculaires et de se rattacher par conséquent au moi, il y a étrangeté du monde extérieur (cf. Storch : *Versuch einer psychophysiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen unter Berücksichtigung ihrer muskulären Komponenten*, *Monatssft. f. Psychiat. u. Neurol.*, 1902, XI, p. 31 : dissociation de la myopsyché et de la pathopsyché) ; si, de ce fait, la masse des impressions cénesthésiques, dont l'ensemble constitue la conscience du corps, n'est plus susceptible d'être évoquée à la conscience chaque fois qu'une impression interne ou externe vient ébranler les centres cénesthésiques, il y a dépersonnalisation physique ; si, enfin, c'est le jeu de la cénesthésie cérébrale qui se trouve ainsi inhibé (cf. Sollier : *Le Mécanisme des Emotions*, 1905 ; *Le Sentiment Cénesthésique*, Rapport au VI<sup>e</sup> Congrès international de psychologie, Genève, 1909 ; *Le Doule*, 1909), il y a dépersonnalisation morale.

et dont elle se rend bien compte qu'elles ne répondent à rien de réel ; elle ne voit plus comme avant ; le ciel n'est plus ce qu'il était ; la fumée des cheminées ne se dissipe plus comme autrefois. Elle a des sifflements d'oreille ; c'est sans doute parce qu'elle est sourde qu'elle entend des chuchotements, même quand personne n'est auprès d'elle, sans qu'elle puisse se rappeler ce qu'elle a entendu ; le son des cloches lui semble plus sourd, elle n'entend plus le chant des oiseaux et les sifflets des chemins de fer comme autrefois. L'ouïe ni la vue ne paraissent en réalité aucunement altérées : elle lit à la distance normale et elle entend le tic-tac d'une montre à plus d'un mètre. Tout ne lui semble pas moins différent d'auparavant. Ici donc le complexe morbide, tout en s'essayant en cours de route à des constructions hallucinatoires, aboutit franchement à l'état connu et décrit sous le nom d'étrangeté du monde extérieur.

Dépersonnalisation psychique, transformation de la cons-

Il n'est évidemment pas besoin de rappeler longuement que des théories physiologiques et cénesthésiques ont été également proposées de l'émotivité normale (théorie périphérique et viscérale : James, *What is an Emotion?* Mind, 1884 ; Lange, *Les Emotions*, 1885 ; Ribot, *Psychologie des Sentiments*, 1896 ; théorie cérébrale et centrale : Sollier ; Théorie mixte : Dumas, *La Tristesse et la Joie*, 1900) et de l'émotivité pathologique (cf. Ségla, *l. c.*, p. 286 ; Deny et Camus, *La Psychose Maniaque-Dépressive*, 1907, p. 87).

Il était impossible qu'il ne s'établît pas des liens plus ou moins étroits entre les théories cénesthésiques de l'étrangeté du monde extérieur et de la dépersonnalisation et celles des émotions. Ces liens se marquent chez M. Ségla (*l. c.*, p. 664-7), chez M. Dumas (*l. c.*, p. 99), chez MM. Deny et Camus (*Archives de Neurol.*, octobre 1905) et chez M. Ribot (*Problèmes de Psychologie Affective*, p. 26 et suivantes) ; et ils deviennent tout à fait manifestes chez M. R. d'Allonnes (*Les Inclinations, leur Rôle dans la Psychologie des Sentiments*, 1908), dont la conception de la dépersonnalisation constitue précisément une synthèse des deux théories que nous considérons : la dépersonnalisation a, selon lui, sa cause dans l'inémotivité que dénoncent les malades et qui tient à la disparition des qualités affectives, données spécifiques ayant pour base physiologique propre les phénomènes viscéraux ; il faut donc, pour que la dépersonnalisation se produise, un phénomène viscéro-cérébral entraînant la disparition des états affectifs.

Nous croyons en avoir assez dit pour nous justifier d'avoir considéré les théories cénesthésiques dans leur ensemble et de leur avoir réclamé globalement leurs lettres de créance.

science du corps, étrangeté du monde extérieur sont autant de cadres pratiques où nous classons les symptômes morbides et qui nous paraissent d'autant plus logiques et même naturels qu'ils ne font que reproduire, en la transposant, la division tripartite en moi, corps et choses, que la conscience normale a créée à son usage. Mais reste à savoir si la réalité clinique s'accommode d'être ainsi traitée et si elle suppose par la manière dont elle est les catégories sous lesquelles nous prétendons la comprendre. Les déclarations de notre malade sont bien de nature à nous faire pressentir le contraire, en nous marquant une continuité là où nos concepts tendent à introduire la distinction et l'indépendance. Écoutons-la un instant.

Pour justifier les déficiences de sa mémoire elle nous dit avoir un « cercle dans la tête » et nous n'y prenons, pour ainsi dire, pas garde, tant la comparaison est familière, et nous ne pouvons guère préjuger qu'il s'agisse pour elle d'autre chose que d'une comparaison. De même, si elle ajoute que sa tête n'est pas vide, mais pleine et qu'il lui semble qu'on la serre dans un étau, ce sont métaphores à ce point usées qu'elles ont presque cessé pour nous de faire revivre la double image, physique et morale, à laquelle elles correspondent et nous ne nous y arrêtons pas. Mais la voici qui nous déclare : « Auparavant j'avais *beaucoup de cœur*. La moindre chose me faisait pleurer. Maintenant *mon cœur* est moins *bon* qu'avant. Il n'est plus le même, *il n'a plus la force de battre*. Il est affaibli. Je n'ai plus maintenant la force d'écrire : autrefois, c'était *mon cœur qui me dictait*. Mon écriture n'est plus comme auparavant ; elle est sans volonté, sans fermeté, sans énergie. Ça ne vibre plus, ce n'est plus comme avant. Ma prononciation est comme mon écriture ». Et elle se tâte le cœur à plusieurs reprises en disant : « C'est ce qui m'a perdu ». Ici, il n'y a plus moyen que nous ne nous étonnions pas. Nous ne pouvons plus, en effet, ne pas prendre conscience du double sens des mots qu'elle emploie, car l'originalité de son langage tient



précisément à la méconnaissance de cette duplicité ; sa pensée parcourt d'un mouvement continu une série de formules qui supposent un état de conscience où moi et corps se fondent en une indiscernable unité. Donc les distinctions et les concepts de la conscience normale ne valent plus ici. C'est en les niant que la poussée morbide s'objective. Le mot cœur, par exemple, n'exprime plus d'une part l'organe, d'autre part l'ensemble des facultés affectives et des sentiments moraux, mais à la fois l'un et l'autre. Et alors, quand la malade tout à l'heure nous parlait de sa tête, elle entendait sans doute aussi bien la fonction pensante que la partie du corps. De même, quand, pour traduire son état affectif, elle nous disait ne plus vibrer, ne plus avoir d'élans, elle concluait de son manque d'élasticité organique à un défaut de sensibilité morale ; peut-être aussi, par un processus inverse, constatant les modifications évidentes de son émotivité, ne voyait-elle d'autre moyen d'en rendre compte que de les considérer, par une sorte de déduction implicite, comme la manifestation d'un manque d'élan, d'une absence de vibration, puisque sentir normalement, c'est avoir des élans et vibrer. Mais, plus probablement encore, ces deux processus inverses ne sont que la représentation inadéquate que nous sommes réduits à nous donner d'un processus unique où, existence organique et sensibilité morale étant simultanément intéressées, on ne peut introduire de mouvement dialectique qu'en en faussant la spécificité morbide.

La même continuité qui se révèle ici entre le moi et le corps se retrouve indissoluble entre le corps, le moi et le monde extérieur : « Je n'ai plus de goût à rien, dit-elle, je suis dégoûtée de moi-même ; je suis sale ; je voudrais changer de linge, parce que je suis sale ». Est-il besoin là-dessus d'insister longuement, maintenant que nous sommes avertis ? Sans doute ces expressions, par elles-mêmes et prises isolément, n'ont rien d'étrange : on pourrait même les dire banales. Mais, par leur seul rapprochement, elles marquent le glissement insensible par où la malade passe d'elle-

même à son corps et aux choses. Elles nous font presque toucher à un état psychique où le symbolisme des représentations discrètes s'efface dans l'unité de la conscience qui les enveloppe. Ainsi s'explique que tout d'un trait la malade exhale cette plainte : « Ce n'est plus mon âme, ce n'est plus mon corps, ce n'est plus moi, ce ne sont plus mes yeux et mes oreilles ». Il ne faut pas y voir, croyons-nous, la définition d'un mouvement de négation qui aurait progressivement envahi tous les domaines distincts dont une conscience normale est faite, mais autant de tentatives successives et à chaque fois reconnues incomplètes, de formuler l'inexprimable désordre qui a troublé la conscience avant même qu'elle se reconnaisse en distinguant et en ordonnant ses états ? Ainsi s'explique également cette autre réponse de la malade : « Mes yeux n'ont pas changé, mais je n'ai plus la fixité de regard que j'avais, quand je parlais à quelqu'un ». Ses yeux, miroir de l'âme, trahissent donc les modifications de son moi ; mais ailleurs ces mêmes yeux, miroir des choses, lui donnent du monde extérieur une image qu'elle ne reconnaît plus. Ses yeux, organes visuels, n'ont pas changé, il est vrai : il faut bien qu'elle l'admette momentanément, si une question précise l'y contraint ; mais cependant ils ont changé, d'une immatérielle et mystérieuse façon, puisque le changement s'est installé aux deux extrémités du lien qu'ils établissent entre le moi et les choses. De ce point de vue encore la réalité se trouve tout entière emportée dans le synchronisme d'une universelle métamorphose, sans qu'on puisse valablement marquer le point où le mouvement a commencé.

On serait peut-être tenté de voir ici une sorte de matérialisation des métaphores. A l'abri de la continuité des mots la pensée morbide forcerait inconsciemment les bornes des concepts. Mais si quelque chose dans la conscience ne légitimait pas cette effraction, comment pourrait-elle passer toujours inaperçue ? Si l'expression n'était pas par quelque point adéquate à ce qu'elle exprime, la constatation de

l'erreur une fois faite empêcherait d'y retomber. Or si de tels malades, occasionnellement avertis des difficultés dans lesquelles ils s'engagent, rectifient un instant leurs formules logiquement scandaleuses, c'est pour les reprendre aussitôt après, quand l'évidence des difficultés s'éloigne et fait place sans doute à une évidence continue, où ces formules ont précisément leur source. Il vaudrait bien mieux voir ici un retour des métaphores à leur point d'origine. Si le mot cœur offre la duplicité de sens que nous savons, il faut qu'il y ait au fond de la conscience quelque chose que nous oublions en employant le mot en l'un quelconque de ses sens et qui cependant justifie notre langage et sans quoi la métaphore ne se serait jamais ni imposée ni fixée. De ce moment de la conscience, dont nous nous rendons d'autant moins compte que la métaphore est plus usée et plus banale, la pensée morbide nous offrirait donc une représentation approchée et, dans l'unité indistincte où elle s'enveloppe avec son contenu tout entier, nous révélerait l'état d'esprit que suppose le jaillissement spontané et incoercible des métaphores. La métaphore apparaîtrait alors, non comme la conclusion logique d'une comparaison abstraite entreprise entre deux objets, mais comme la constatation immédiate de l'affrontement de ces deux objets dans l'unité de la conscience originelle. Ainsi seulement nous semblent pouvoir s'éclairer les processus mentaux dont notre malade vient de nous démontrer l'existence.

Le même glissement insensible qui conduit la conscience de notre malade à méconnaître les distinctions conceptuelles qui nous sont le plus familières, opère entre la pensée et la parole d'autrui, sa propre parole et sa propre pensée une intrication paradoxale. Rien de mieux délimités pour nous et de plus infranchissables que les cadres où nous répartissons parole entendue, pensée intérieure, parole prononcée et leurs subdivisions plus subtiles, paroles réellement entendues, paroles que nous nous imaginons entendre, idées qui hantent nos rêves ou qui fournissent

nos rêveries ou qui traversent notre esprit ou que nous appelons volontairement à la conscience pour le besoin momentané que nous en avons, paroles intérieures et paroles enfin que nous prononçons en effet. Ce sont là cadres extrêmement généraux où la majorité de nos états de conscience trouvent immédiatement leur place : l'erreur, rare, est immédiatement rectifiée.

Écoutons maintenant la malade : la nuit, quand elle dort, comme elle fait certainement, son cerveau pense tout de même. A l'état de veille il lui vient des choses qu'elle ne pense pas, qu'elle ne devrait pas penser. Il lui vient des choses raisonnables et vraies, mais aussi des choses que ce n'est pas elle qui les pense, des choses qui ne sont pas à dire, mots grossiers, idées grossières, accusations affreuses contre les mœurs. Quand elle a de bonnes pensées, qui sont bien à elle, de vilaines viennent les gâter. Ici manifestement la pensée intérieure ne se hiérarchise plus suivant les degrés que l'expérience et la pratique ont établis dans la nôtre. Une suite d'idées distinctes n'est précisément distincte que par la frange de concepts de même sens ou de sens contraire qui la délimite; mais en même temps elle n'est distincte que parce que nous faisons abstraction de cette frange et que, ce faisant, nous ne la conceptualisons pas. Elle est donc une sorte d'amenuisement de la conscience qui oublie, pour la seule considération du résultat, tout le travail intime qui y a abouti. Mais que la conscience se regarde tout entière, et autour de l'idée centrale elle réalise la masse des concepts nécessaires à son intelligence et, parmi eux, précisément son contraire. Si l'analyse que nous venons de faire se trouve contemporaine de la pensée même, la conscience constatera qu'elle ne peut penser une chose sans penser aussi tout ce qui l'entoure et tout ce qui la nie.

Il semble bien qu'il en soit ainsi chez notre malade et que chez elle revivent des états psychiques que, pour se définir, la conscience normale a éliminés. Dès lors les



suites de pensées distinctes et conçues comme personnelles se heurtent à des concepts qui, tout en les délimitant, paraissent les contrarier. La pensée semble rencontrer en son propre sein une certaine résistance : « Mon cerveau pense malgré moi », conclut la malade. Ainsi se constitue le cadre nouveau de ce qu'on pourrait appeler la pensée antagoniste, qui, du fait de son origine, se pose comme une sorte de seconde activité psychique intérieure, et cette pensée antagoniste enveloppe alors toutes les représentations : associations libres d'idées, rêveries, rêves, auxquelles le moi assiste plus qu'il ne collabore. Du retour à la conscience prise avant les classifications que nous avons établies, la malade tire donc un nouveau système de groupement : en pensée intérieure personnelle et en pensée intérieure antagoniste, dont la question pour elle est de connaître l'origine.

Et alors la double représentation de la vie consciente, au point de vue psychique par le moi, au point de vue physiologique par le cerveau, intervient pour préciser et définir ce dédoublement : « Je suis en lutte avec mon cerveau ». Mais, comme à son moi normal il faut aussi un cerveau, en se traduisant dans l'espace, le dédoublement aboutit à l'absurde : « J'ai un autre cerveau à côté du mien ; il y a deux cerveaux dans ma tête : le bon et le mauvais. Je fais effort pour chasser le mauvais ». Mais ce cerveau, ici encore, est à la fois matériel et idéal, ce qui explique la succession de ces formules et, aussi, le symbolisme extrême en lequel s'exprime le dédoublement : l'ange et le démon, le ciel et l'enfer. Un principe de discrimination morale vient ainsi compliquer encore le processus, sans qu'on puisse déterminer par aucun effort logique à quel moment il est intervenu. En tout cas peut-être avons-nous suffisamment montré que, pour que le dédoublement s'opérât, il a fallu que la conscience revînt à un état, dont nous avons, pour ainsi dire, perdu l'expérience, pour recommencer à nouveaux frais l'œuvre de distinction et de groupement

qui est proprement la pensée. Et même les deux continuités déjà signalées se rejoignent, puisque la malade déclare « souffrir surtout de son cerveau qui pense malgré elle », nous emportant ainsi, d'un mouvement insensible, de la souffrance physique à la souffrance morale et du corps à la pensée.

Mais ce n'est pas tout et la même continuité initiale, que nous avons trouvée dans la pensée intérieure, nous allons la constater entre la parole, sous toutes ses formes, et la pensée intérieure. Il lui semble que ses compagnes lui ont dit qu'elle parlait la nuit : donc entre les paroles entendues et les paroles que l'on croit entendre, n'existe plus ici le fossé que nous avons creusé, puisque les secondes paraissent jouer le même rôle que les premières. Si elle entend dire quelque chose par quelqu'un, la chose se reporte dans sa tête comme si c'était elle qui la pensait. Il lui semble qu'elle la pense. Donc entre l'idée qu'introduit en nous une parole étrangère et celle qui naît de notre for intérieur, il n'y a plus de distinction essentielle. A l'entendre dire : « Il me semble que ça parle dans ma tête », on pourrait croire à des hallucinations psycho-motrices. Mais elle ajoute presque aussitôt après : « Je ne parle ni tout haut, ni tout bas, mais il me semble que je parle. Je ne parle pas tout bas, mais je parle tout de même ». En lisant, en voyant son nom écrit, il lui semble qu'elle parle. De même en regardant quoi que ce soit, il lui semble qu'elle le pense. Peut-être ici, plutôt que des hallucinations psycho-motrices, pour expliquer l'ensemble du trouble, faut-il invoquer une identification radicale de la pensée et de la parole. Nous nous parlons à nous-mêmes notre pensée intérieure, pour ainsi dire, pour nous comprendre, et cette parole intérieure reconstitue peut-être ici une sorte d'unité inintelligible entre la pensée intérieure, la parole et d'une manière plus générale toutes les expressions discursives, verbales ou écrites, de la pensée : « C'est un mouvement perpétuel, mon cerveau s'en va en paroles et je ne parle pas ».

Aussi semble-t-il à la malade que l'on sait tout ce qu'elle pense, dit ou écrit, indifféremment, puisque ce sont trois expressions d'une indistincte réalité. Dans ces conditions, vu les idées grossières qui l'assiègent, elle n'ose adresser la parole à une étudiante qui suit le service : « Si ! Si ! cette demoiselle les entendrait et ce n'est pas moi qui veux les penser ». Donc les paroles qu'elle pourrait échanger seraient révélatrices de pensées qu'elles n'exprimeraient pas : comment l'expliquer, sinon par une indestructible communion établie entre pensée en général et parole en général ? Tout le monde entend ses pensées : elle en a honte, vu leur nature. On le lui a bien donné à comprendre en répétant ce qu'elle pensait. Tout à l'heure elle nous disait qu'elle croyait penser ce qu'elle entendait. Si elle peut ainsi intervertir indifféremment l'ordre des termes, c'est donc qu'en fait il n'y a pas dans le processus de succession réelle, que c'est elle qui y introduit un ordre de succession et que parole entendue et pensée intérieure reproduite ou provoquée forment pour sa conscience un ensemble où il n'y a pas de fait initial et de fait consécutif. Du moment que parole et pensée ne font qu'un et que la parole s'entend, il n'est pas possible que la pensée ne s'entende aussi et ne tombe dans le domaine public.

Tout à l'heure nous avons vu la malade s'engager, pour expliquer les modifications de sa pensée intérieure, dans cette forme des idées de possession que constituent les idées de dédoublement. Les mêmes modifications, envisagées du point de vue de la parole intérieure, la conduisent aux portes des idées de persécution. Ses compagnes lui en veulent, ont modifié leur attitude à son égard, ont l'air de se moquer d'elle, tiennent des propos déplaisants, chuchotent par petits groupes sur son compte. On la brutalise, sans qu'elle veuille autrement préciser. Son ami n'est plus ce qu'il était : peut-être est-ce une idée qu'elle se fait. Du reste, si elle a toujours été bonne avec tout le monde, on ne lui a guère rendu la pareille, on l'a payée d'ingratitude, on lui

a fait du mal, on a cherché à lui nuire, on lui a créé des ennuis qui ont contribué à la rendre malade. Mais cette poussée délirante avorte, car, par ailleurs, elle affirme que son état n'est aucunement le résultat de la malveillance.

Une telle transformation de la vie consciente ne peut guère manquer d'imposer sa marque à tous les états psychiques. C'est ce que nous allons constater pour la mémoire. Deux ordres de souvenirs hantent la malade : souvenirs d'aventures génitales, souvenirs d'épisodes mystiques.

Les premiers sont au nombre de trois :

1° Il y a plusieurs années la malade a eu une grande peur : chez des amis on a voulu abuser d'elle.

2° Elle manifeste de grandes inquiétudes à l'égard de la syphilis et multiplie les questions à ce sujet. Puis, sur un ton confidentiel, elle dit avoir eu la roséole à quatorze ans et demi : elle avait été violée. Nos questions amènent successivement les précisions suivantes : la chose s'est passée dans son pays. Le coupable était le cousin d'un boucher. Elle a avoué la chose à son père qui voulait tuer le misérable, dont on n'a jamais su ce qu'il était devenu. C'était un homme de vingt-sept à vingt-huit ans, joli garçon, châtain. Le viol a eu lieu en plein jour, dans une arrière-boutique, à quelques mètres de la rue. La précision, l'indignation vont grandissant au cours du récit. Pour finir nous lui demandons si elle est bien sûre de ce qu'elle dit : notre scepticisme n'a le don ni de l'émouvoir ni d'ébranler sa conviction.

3° C'est une peur, d'après elle, qui a provoqué son anxiété actuelle : en mai 1907, raconte son ami, elle était dans une villa, à la campagne, aux environs de Paris. On avait mis un jeune homme auprès d'elle pour la garder. Elle a prétendu qu'une nuit ce jeune homme avait voulu la violer, qu'elle avait dû sauter par la fenêtre et se réfugier dans les bois en chemise. Elle-même, dans le courant de novembre, raconte ainsi son aventure à la surveillante : une nuit elle a entendu marcher dans la chambre voisine de la sienne, elle a ouvert la fenêtre et appelé au secours ; les gens de la maison sont accourus ;



ils n'ont rien vu; c'était le fils de la maison qui voulait entrer chez elle. A nous-même, quelques jours auparavant, le 7 novembre, elle raconte avoir entendu quelqu'un entrer dans sa chambre et avoir voulu se jeter par la fenêtre : c'était une idée qu'elle se faisait, car il n'y avait personne.

En ce dernier incident nous retrouvons la prétendue émotion pathogène, dont le rôle, cette fois, est manifestement controuvé, puisqu'elle se produit en pleine évolution de la psychose. D'autre part le récit de l'amant est plus précis et plus vraisemblable que ceux de la malade, qui comportent des variations extrêmement importantes. Le fait qu'elle reconnaît une fois avoir été victime d'une illusion ne prouve pas grand'chose en faveur de la confusion mentale, puisque ce récit est précisément antérieur à celui où elle s'en montre dupe.

Il est à noter, pour l'ensemble de ces récits, qu'ils naissent en période d'anxiété, soit d'une crainte actuelle, soit du souvenir initial des émotions provoquées. En tous cas le rappel des événements baigne dans une opaque atmosphère affective et les événements eux-mêmes demeurent moins précis que les sentiments auxquels ils s'associent. On y relève des contradictions, des invraisemblances, des illogismes auxquels manifestement la malade est indifférente.

Ils frappent aussi par leur uniformité. Mais la vie sexuelle de la malade semble avoir été assez mouvementée : elle a habité rue de Moscou, sa longue liaison avec l'ami qu'elle a encore a été coupée d'aventures, dont, de-ci de-là, elle fait confidence, et sa vie passée s'ouvre à toutes les hypothèses. Il se pourrait donc que nous constations ici un effet de son expérience professionnelle et que le viol initial, dénoncé par nombre de Rosanettes comme la cause de leur déchéance, soit devenu le thème inconscient sur lequel brode son imagination affective.

Les épisodes mystiques se sont passés en août-octobre 1907, dans le service du Professeur Déjerine. Elle insiste sur l'état d'exaltation particulière dans lequel elle se trouvait

alors. Un jour le ciel s'est ouvert, est devenu beau et bleu ; des gerbes de fleurs, une aurore boréale sont apparues. Elle a senti le besoin de prier et a trouvé réellement en son cœur de magnifiques paroles pour traduire son extase. Elle ne peut toutefois en rappeler une seule. Puis une sorte de désastre s'est produit dans l'atmosphère : des éclairs l'ont sillonnée, un orage a éclaté, le ciel est devenu rouge. Il n'était plus la même chose : d'un côté il était rouge, de l'autre d'un bleu superbe. Ce cataclysme s'est produit, semble-t-il, un mois après la première apparition. Entre temps, sur sa prière, une étoile s'est détachée et est tombée : ce n'était pas une étoile filante. Il lui a semblé qu'elle allait mourir, mais pas toute entière et d'un côté seulement. Le lendemain elle avait une main blanche et l'autre d'un rose magnifique. Elle était donc partagée entre le ciel et l'enfer.

Ici donc ce qui domine, c'est encore un état d'exaltation affective, dont les récits, à l'entendre, ne donnent qu'un pâle reflet. Les événements eux-mêmes sont pauvres et incertains. Par instants elle se demande si ce ne sont pas des idées qu'elle s'est faites. La confusion mentale a pu avoir ici son action. Mais il faut retenir que nous constatons des rapprochements singuliers avec le délire de la malade : métamorphose du ciel qui prélude à l'étrangeté du monde extérieur, manifestation mystique du dédoublement qui annonce les idées délirantes que nous avons signalées. Un thème affectif et un thème délirant semblent donc se rejoindre ici par des moyens de fortune qui leur constituent une sorte d'encadrement discursif.

Ainsi l'ensemble des souvenirs dans lesquels se complait la malade entraîne une conclusion univoque. Nul doute sur l'état affectif actuel qui les amène à la conscience. Incertitude sur l'état affectif ancien auquel ils répondent et qui n'est peut-être qu'une transposition dans le passé de l'émotivité présente. Incertitude plus grande encore sur la matérialité des événements en lesquels ils s'objectivent, dont le ton affectif, bien plus que l'organisation logique et la vrai-

semblance, importe à la malade, qui s'en montre moins certaine que de leurs effets. Donc, ici encore, au rebours de la conscience normale, nous constatons, semble-t-il, l'existence d'émotions qui créent leurs causes et qui leur communiquent toute ou presque toute leur réalité.

En présence d'une telle transposition de sa vie mentale la malade ne cesse de répéter : « Aucun docteur ne connaît ma maladie. Je ne sais pas comment j'existe. Il n'y en a pas deux comme moi. Je suis un cas unique, un mystère ». Et cependant elle essaye de rendre compte de ce mystère qu'elle vit. Mais notre langage n'est pas fait pour traduire les états uniques : il n'exprime que le général et le général est le contraire de l'unique. Pourquoi, en effet, la malade est-elle un mystère pour elle-même, sinon parce que ce qu'elle éprouve ne trouve plus son expression ? Nous ne sommes en effet tranquilles sur notre pensée intérieure que quand nous croyons avoir déterminé les groupements verbaux qui la connoteraient intégralement : autrement une sorte de résistance interne s'exerce et nous inquiète. Un état de conscience ne nous semble connu de nous qu'autant que nous l'avons rapproché d'autres états et qu'en effaçant les différences spécifiques, nous l'avons encadré avec eux dans un même mot. Si donc la malade est pour elle-même un mystère, c'est que semblable opération lui est désormais impossible et que notre langage et la classification des représentations qu'il sous-entend ne lui conviennent plus.

Elle a beau parler notre langue, elle ne la parle plus qu'en apparence. Il faut bien cependant qu'elle parle sa pensée et que, ce faisant, elle y introduise des distinctions et des groupements. Mais, si les distinctions et les groupements traditionnels étaient valables, il n'y aurait pas pour elle de mystère, puisque le voile du général viendrait recouvrir la spécificité de sa pensée. Il faut donc que, dans la continuité de sa vie psychique qui affleure à nouveau sa conscience, elle retaille une nouvelle hiérarchie de concepts.

Mais ces concepts trahissent leur origine et la proximité de la continuité affective dont ils sont issus. Car dans l'expression discursive qu'ils sont bien forcés d'emprunter à la langue de tout le monde et de tous les jours, ils se heurtent au souvenir des concepts traditionnels et aux associations qui les unissent, aux contradictions qui les opposent, au système général de représentations enfin que la langue a fixé en s'organisant. Derrière les mots que Berthe emploie se renouent des complexus psychiques que nous avons oubliés ou s'en affirment de nouveaux que nous n'avons jamais connus, et le choix des termes tient non plus, comme dans notre pensée, à une sorte de recouvrement logique, mais à la mise en valeur des participations affectives qui rejoignent le système mental nouveau, baigné de continuité, au système conceptuel ancien méthodiquement cloisonné. La malade parle donc une langue étrangère, d'autant plus difficile à entendre qu'à première vue elle est identique à la nôtre, et qu'aucun mot à mot n'en est possible. Pour la comprendre il n'est qu'un moyen et nous l'avons tenté : c'est d'essayer de reconstituer le processus mental dont elle est issue et de combiner entre eux les états de conscience où nous voyons l'unique et indéfectible forme de la mentalité humaine, de manière à ressaisir un court instant et par un effort sans cesse contrarié, puisqu'il va en sens inverse du courant normal de notre pensée, les ensembles psychiques indistincts devant l'inintelligibilité desquels la malade crie au mystère et vit son angoisse.

---



### III

#### OBSERVATION III

#### CHARLES

D'avril à novembre 1910 Charles a fréquenté la consultation externe du docteur Deny. Actuellement âgé de quarante ans, cuisinier de son état, il a une hérédité assez lourde. Sa mère, âgée de soixante-cinq ans, est très bien portante, mais son grand-père maternel est tombé en enfance à soixante ans. Son père, de caractère gai, mais très émotif, s'est suicidé à soixante-six ans : il présentait alors, semble-t-il, un délire mélancolique de persécution et de culpabilité avec affaiblissement intellectuel probable. Une tante paternelle est morte asphyxiée ainsi que son mari : la famille croit à un accident. Des trois sœurs du malade, l'aînée a trente-sept ans, est mariée et bien portante ; de caractère plutôt jovial, elle a eu de l'anémie à seize ans et souffre de névralgies ; la cadette a trente-deux ans, elle est mariée et bien portante, mais elle a eu des convulsions dans l'enfance et a toujours été nerveuse et impressionnable : la peur qu'elle éprouva à entendre un coup de tonnerre la rendit, un temps, malade à peu près comme son frère ; enfin la dernière, âgée de vingt-neuf ans, mariée, solide et active, est le boute-train de la famille.

Charles a eu une enfance très délicate. A l'école, qu'il a fréquentée de cinq à quatorze ans, il s'est montré très bon élève, discipliné, actif, jamais turbulent : aussi a-t-il aisément obtenu son certificat d'études. Mais il était facilement boudeur et est resté susceptible. Il a gardé jusqu'à sa mala-

die le goût de la lecture, il s'intéressait surtout aux récits d'aventures et de voyages et il avait passé trente ans que ses rêveries romanesques s'en nourrissaient encore. Sa première communion l'a peut-être impressionné plus que la moyenne des enfants, mais elle n'a pas provoqué de crise scrupuleuse nette. En revanche il reconnaît avoir eu dès le jeune âge des accès brusques et courts de joie immodérée ou de lourde tristesse. La peur de l'obscurité lui a duré jusqu'à dix ans.

Cette instabilité d'humeur s'est manifestée, durant son apprentissage de cuisinier-pâtissier (de quatorze à seize ans) : il devenait triste sans savoir pourquoi, changeait de caractère, restait indifférent à tout ce qu'on lui disait, en un mot n'était plus lui-même ; dans sa première place (de dix-sept à dix-huit ans) : un jour, sans aucune raison, mélancolique et rassoté, il a bu du vinaigre pour se faire du mal ; au régiment : il ne parvint jamais à y acquérir la philosophie du métier, il y vécut dans la terreur des exercices, des revues et de leurs conséquences disciplinaires, mais il fit un bon soldat et fut pendant deux ans et demi cuisinier d'un général. Presque à sa sortie du service militaire il entra comme cuisinier dans une maison bourgeoise, qu'il n'a quittée que depuis un mois à cause de sa maladie. Il y est donc resté dix-sept ans : fidélité rare de nos jours et dont il convient de répartir le mérite entre ses maîtres et lui. Il s'y est marié en 1894 avec une couturière, dont il n'a pas eu d'enfant. A trente ans il a contracté une fièvre typhoïde assez grave, pendant laquelle il a présenté des phénomènes délirants. De 1906 à 1909 il a entretenu des relations intimes avec une femme, restée veuve avec un enfant, qui habitait sa maison ; mais cette liaison est, matériellement du moins, chose aujourd'hui finie. Il nie tout excès alcoolique et il semble bien qu'il soit sincère. Très actif et très consciencieux, il a obtenu des médailles professionnelles. Son métier ne suffisant pas à l'occuper, il faisait chez lui de la peinture décorative et du découpage, des travaux enfin qui exigeaient

une grande attention. Mais il gardait un fond d'inquiétude, qui se trahissait même en ses meilleurs moments par le besoin de vérifier la fermeture des portes ou le contenu des lettres. Ce besoin s'est fait ces temps derniers plus impérieux.

Son père s'est suicidé le 24 novembre 1908. Quinze jours après il a commencé à se rendre compte que ça n'allait plus. Il sentait qu'il allait devenir malade; l'idée semblait s'en planter en lui contre sa volonté : « Tu vas être malade, se disait-il ». Il avait perdu le sommeil, était agacé, agité, ne pouvait tenir en place, éprouvait un irrésistible besoin de se plaindre de son état. Son malaise était plus moral que physique. Cependant il avait des battements de cœur, sentait des fourmillements dans la tête, les jambes et au bout des doigts, avait au lit l'impression que ses membres se paralysaient. Ces fourmillements se produisaient aussi à la rencontre des personnes qu'il connaissait. Mais surtout il se sentait las et triste, fuyait la société, se décourageait dans son travail, chantait pour se secouer, puis se faisait un crime d'avoir chanté. Il avait des crises de désespoir. Il croyait cependant son état curable.

Au point de vue somatique l'appareil visuel seul mérite de retenir notre attention. Charles est myope et porte des verres depuis douze ans. Il y a trois ou quatre mois qu'il a remarqué une énorme différence entre ses deux yeux : le gauche est beaucoup plus faible que le droit. D'où des préoccupations et des inquiétudes très légitimes, mais qui sont loin de tenir dans son esprit la première place. Nous constatons en effet que la pupille gauche, plus grande que la droite, réagit très faiblement à la lumière et que l'acuité visuelle de l'œil gauche est extrêmement diminuée. Nous envoyons donc le malade à l'Hôtel-Dieu. Le 11 juin 1910 le Dr Coutela diagnostique une atrophie simple du nerf optique gauche avec scotome central, rétrécissement du champ visuel et perte de la perception des couleurs; l'acuité visuelle est très difficile à évaluer, le malade paraît compter les doigts à 50

centimètres, en certains points du champ visuel. Sur la demande du Dr Coutela l'examen des fosses nasales est pratiqué le 18 juin par le Dr Gellé, qui signale simplement un léger catarrhe rhino-pharyngien postérieur. Le malade est revu le 28 juin par le Dr Coutela qui confirme son diagnostic d'atrophie papillaire gauche post-névritique et donne la spécificité non comme certaine, mais comme probable. Charles, interrogé, nie toute contamination et ne présente aucun autre symptôme de la série syphilitique ou parasymphilitique. Cependant le 30 juin est instauré un traitement au biiodure qui, malgré sa sévérité, n'amène aucune amélioration à aucun point de vue. Le malheureux reste comme devant quasiment borgne et, par-dessus le marché, anxieux et mélancolique.

Car le trait dominant de son état morbide est l'anxiété. Il ne vit que dans la peur et dans l'angoisse; il est anéanti par l'inquiétude. Inquiétude, peur, angoisse souvent diffuses et dont il ne peut dire la cause, mais qui ont fini par s'objectiver en certaines directions privilégiées. C'est en vain qu'il s'efforce de se distraire de son mal et de ses obsessions : « Mais non ! tu dois toujours y penser ». Il lui semble qu'il va perdre la raison, ne plus reconnaître son monde, s'égarer dans les rues, ne plus se rendre compte de ses actes, faire du mal à son prochain. Son état est désespéré et, loin de s'améliorer, s'aggrave. Il n'a plus la force morale d'espérer; il ne demanderait pas mieux que de le faire, mais il ne peut même entrevoir l'aurore de la guérison comme une petite lueur lointaine; il ne sait comment s'en tirer.

Mais surtout il lui semble qu'il va mourir comme ça, épuisé, usé, fini, malgré son bon état physique. Appréhendait-il simplement une fin prochaine ou éprouve-t-il par intervalles la sensation d'une mort imminente? Les réponses sont imprécises : sans doute c'est une idée, mais c'est une idée qu'accompagne une sensation d'anéantissement. Les distinctions qui nous semblent les plus nettes, celle, par exemple, du conçu et du perçu, échappent donc partielle-



ment au malade, il lui faut faire effort pour les ressaisir, il ne les utilise pas spontanément. La constatation a son importance.

La crainte de la mort se précise d'ailleurs chez lui davantage et devient peur du suicide. La brusque nouvelle de la mort de son père lui a naturellement été un coup très sensible. Sa mère lui a dit à ce propos que c'était la maladie de la famille. Il se demande si la mort de son oncle et de sa tante a été aussi accidentelle qu'on le croit. Quelque chose semble lui dire : « Tu es comme ton père ». On dirait qu'il sera obligé de faire comme lui. Est-ce peur, est-ce envie de mourir ? On sait combien les obsédés ont souvent de peine à s'en rendre compte. Notre malade n'échappe pas à la règle. Cependant il finit par conclure qu'il en a plus de peur que d'envie. Il n'a jamais fait de tentative ; il résiste, mais il craint de ne pas être toujours maître de lui. Il sent qu'il ne lui faudrait jamais être seul. Sur le bateau qu'il prend pour venir à l'hôpital, il lui arrive de craindre d'être obligé de se jeter à l'eau, en homme obligé sans raison d'être dégoûté de vivre. Retenons ces formules : les idées de dédoublement, de possession, de persécution, que nous allons rencontrer les éclairciront quelque peu par la suite<sup>1</sup>.

Enfin le malheureux se débat avec une angoisse croissante dans un monde nouveau et inattendu, où il ne reconnaît plus les choses, où il ne se reconnaît plus lui-même. Ce qu'il éprouve est tellement drôle. Il ne se sent plus vivre comme il devrait. Tout, surtout le soir, est drôle, bizarre, changé. Il ne peut définir ce qu'il éprouve ni en déterminer

1. « J'ai peur du suicide, nous écrit la femme du malade le 22 septembre 1910. S'il est nécessaire que mon mari entre à l'asile (pour éviter un malheur chez nous), je vous prie de le lui conseiller... Nous sommes très estimés à X. Ce serait très malheureux que mon mari se détruise. Si on ne peut l'éviter, que cela arrive ailleurs : ce ne sera pas connu ». Voilà donc une femme, sans doute très anxieuse du sort de son mari, mais aussi très préoccupée d'échapper à l'opprobre qui rejaillirait sur elle du suicide de son conjoint. Puissance des représentations collectives !

les causes. C'est ce mystère qui, en s'efforçant à s'objectiver, va, dans toutes les directions, fournir l'essentiel du délire.

Depuis un an Charles n'est plus lui-même, tellement il est loin de son état normal. Son affectivité est profondément modifiée : uniquement préoccupé de son état, il se mine à en approfondir les effets et les causes, il est incapable de s'attacher, comme il devrait, à la réalité, il est tout à ses obsessions. Il est indifférent, malgré ses efforts, à tout le reste, à son travail, aux siens, qu'il n'a cependant pas cessé d'aimer. Rien ne lui fait plus plaisir : la gaieté des autres l'assombrit, il s'affecte plus qu'autrefois de leurs tristesses. Tout est de plus en plus sombre dans sa tête. Au fond c'est au plaisir qu'il est avant tout indifférent. La vie ne lui offre plus aucune joie, il se lamente en comparant ce qu'il est et ce qu'il a été, il ne désire plus que le repos. Il n'aime la société que de ceux qui le traitent en malade. Il n'a de goût ni de plaisir à rien. Rien ne l'intéresse. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner qu'il lui semble agir en automate, qu'il se sente sans énergie et sans courage, qu'il se croie incapable de refaire ce qu'il a fait autrefois, qu'il ne soit plus sûr de bien faire ce qu'il veut, qu'en un mot il soit aboulique. Rien d'étonnant non plus à ce qu'il trouve son intelligence diminuée et même absente, qu'il ait peur de ne pas bien s'expliquer, de se tromper en tout, dans les mots comme dans les idées : son esprit embarbouillé perd la notion des choses ; ses idées sont confuses ; il n'est jamais certain de pouvoir dire ce qu'il pense. On dirait qu'il n'a plus sa tête, qu'il ne sait comment s'exprimer ; il se rend compte de ce qu'il fait, mais on croirait qu'il s'en faut d'un rien pour qu'il ne s'en rende plus compte.

Ce doute, cette dépréciation systématique de soi-même, première ébauche des idées de négation, sont, sous cette forme, dès longtemps connus. Une certaine logique analogue à la nôtre commande à leur développement : aussi nous paraissent-ils, à tort ou à raison, leur point de départ

une fois admis, à peu près intelligibles. Cependant, malgré leur intensité, ils n'aboutissent ici à aucune idée précise de culpabilité et d'auto-accusation : sans doute Charles se considère-t-il comme un être tout à fait inutile, sans doute est-il assez disposé à voir dans son état une punition, mais il ne sait pas de quoi au juste il est châtié et ne s'accuse expressément de rien. Il ne se reproche pas son adultère comme un crime ni en lui-même ni par rapport à sa femme. Il avait pourtant là un prétexte admirable pour forger un délire de culpabilité. Nous verrons qu'il s'en est servi pour tout autre chose. Les idées d'auto-accusation, si elles existent, sont donc chez lui réduites à l'état d'ébauche.

Revenons un instant sur ses troubles intellectuels. L'espèce de nuage qui enveloppe ses processus mentaux l'entraîne à en méconnaître la valeur ou la nature. C'est ainsi qu'il déclare ne plus avoir de mémoire. Sans doute, des événements antérieurs à sa maladie il garde un souvenir à peu près aussi complet qu'autrefois : il peut s'en rappeler le détail, si l'impression qu'ils lui ont faite lui échappe. Mais il ne saurait dire comment il a vécu depuis sa maladie : les choses ne rentrent, ne pénètrent plus. L'accuserait-on d'un crime qu'il ne pourrait assurer ne pas l'avoir commis. Il n'a pas la nette impression de ce qu'il a fait hier. Il sait la date, mais dans son esprit la notion en est vague et floue. D'où dans le sentiment qu'il a du temps, une perturbation profonde. Il vit comme une bête, au jour le jour, dans une sorte de recul et de retraite du passé et de l'avenir. Il est entre deux horribles nuits. Le temps lui paraît immense, interminable : il lui semble qu'il y a dix ans, une éternité, qu'il a pris le bateau ; il a l'impression à la fois que les événements anciens sont plus éloignés encore et que tout le passé, ancien et récent, constitue cependant un inextricable mélange. Il a perdu la notion du temps : nuit, jour, hier, aujourd'hui, demain, c'est tout pareil, une sorte d'interminable souterrain.

Deux choses sont ici à remarquer. Nous n'insisterons

pas sur l'association de l'anxiété mélancolique et des idées d'éternité : elle est cliniquement classique. Mais nous tenons à signaler la place considérable qu'occupe l'élément affectif dans cette perte de la notion du temps : les expressions mêmes du malade ne laissent aucun doute à cet égard. Une sorte de coulée affective de morne tristesse et de sombre désespoir a rétabli entre tous les événements de sa vie une continuité que l'élaboration conceptuelle en avait distraite. L'accent n'est donc plus sur les représentations présentes ou passées, en lesquelles notre conscience se réfracte, mais sur la tonalité générale qui les enveloppe. Ainsi il n'est plus de synchronisme précis entre les battements du pendule et les progrès discrets que nous imaginons à leur image dans l'intimité de notre pensée. La durée est redevenue incommensurable au temps et a recouvré un caractère qu'elle a à jamais perdu pour nous.

Cette indistinction affective des représentations produit encore d'autres effets. Notre malade, qui a toujours beaucoup rêvé, mais dont les rêves étaient en général heureux, a maintenant des cauchemars sinistres, pleins de choses horribles : mort, cercueil, enterrement, scandale. Au réveil il a peine à s'en dégager. Le matin, vers les trois ou quatre heures, quand il est pour se rendormir, les yeux fermés, un peu somnolent, il voit des têtes vagues et mal définies qui lui parlent ; il ne se rappelle pas ce qu'elles disent. A son réveil de même, les yeux fermés encore, il revoit les mêmes têtes : on dirait que quelqu'un va lui parler ; le sujet n'est jamais le même. Manifestement après les rêves, voilà les hallucinations hypnagogiques. Or rêves, hallucinations hypnagogiques préoccupent tout autant Charles que les réalités de la veille. De même nous avons vu que les propos intérieurs, où nous nous adressons la parole à nous-mêmes, prennent à ses yeux une énorme importance : il est évidemment enclin à se parler sa pensée comme il ferait à une tierce personne et à s'en impressionner d'autant. Ne sommes-nous pas ici comme à la source des hallucinations ?

Les cadres où notre expérience groupe représentations et images n'ont pas gardé toute leur rigidité; représentations et images ne perdent donc pas en s'y introduisant la possibilité de se rejoindre; l'esprit, plus sensible à leurs analogies qu'à leurs différences, se comporte à leur égard bien moins d'après leur contenu objectif encore mal défini que d'après leur retentissement affectif immédiat : intensité subjective signe d'importance objective, pénétration de la réalité externe par la réalité interne, ou mieux encore primitive confusion des deux réalités dans la réalité consciente, telle est l'attitude mentale que semblables états nous laissent, pour ainsi dire, soupçonner à l'horizon.

La personnalité morale de Charles est donc profondément touchée. La personnalité physique n'est, bien entendu, pas indemne. Outre quelques préoccupations hypocondriaques portant sur l'appareil digestif, il signale des palpitations, des fourmillements, des picotements, des douleurs sourdes aux reins, des éclairs douloureux à travers le corps, des sensations de plaque sur le crâne, de vide ou de plomb dans la tête. Physiquement il n'est donc pas comme avant : il se sent comme anéanti. Il lui semble qu'il manque quelque chose à ses jambes, aux bouts de ses doigts : ce n'est pas délié comme autrefois. Cependant il cantonnerait volontiers ses idées de transformation à sa seule tête, qui n'est plus ce qu'elle était et à son cerveau qui est déplacé, obstrué. Il lui semble ne devoir jamais se remettre en place. On dirait qu'il a une toute petite place de cerveau, un rien. C'est comme si son cerveau n'existait plus. Mais ici, après ce que nous savons déjà, est-ce du cerveau-organe ou du cerveau-pensée qu'il s'agit ou des deux à la fois? La question vaut d'être posée, elle trouvera peut-être un commencement de solution tout à l'heure.

Naturellement le monde extérieur ne lui paraît plus comme autrefois. Les êtres et les choses, même les voix, ne sont plus les mêmes : ils sont drôles, bizarres, changés. Il a peine à dire en quoi précisément sa perception du monde



extérieur s'est modifiée. Cette sensation d'étrangeté est ancienne : il y a plusieurs années déjà que par intervalles la voix de sa femme le soir l'étonnait. Au fond, ce ne sont pas les choses qui ont changé, mais lui. Il voit bien cette chaise, mais ce n'est plus ça. Il ne suffirait pas de dire que les objets lui paraissent assombris et moins bien éclairés, pour rendre ce qu'il éprouve. Il les voit bien et cependant ils ne lui font plus la même impression. Ce n'est pas la forme qui est bizarre. Par le fait rien n'est bizarre. Mais il lui semble pourtant que rien n'est comme autrefois. S'il veut prendre un objet, quelque chose intervient et semble couper son acte. Il ne peut aller de l'avant comme autrefois. S'il va pour saisir un torchon et essuyer, ce n'est pas ça, ce n'est pas comme jadis : la façon de s'en servir a changé, il ne se sent plus le même courage, il ne pourrait plus agir comme autrefois. Alors, quand il se servait de quelque chose, il y avait l'esprit : maintenant il n'en est plus de même. Il voit bien comme avant, mais il a l'impression que quelque chose lui manque : il est un poisson à demi sorti de l'eau, un homme à demi enlisé ; quelque chose s'imbrique entre les objets et lui ; les choses, les êtres et lui-même ne semblent plus dans leur élément. Ainsi le ciel n'a pas changé ; mais les fleurs, qui de loin sont les mêmes, se trouvent de près avoir changé ; de même surtout, le bateau qu'il va prendre, de loin est comme autrefois, mais de près, quand il faut y monter, ne paraît plus le même. Le changement atteint particulièrement les objets les plus familiers.

Il serait difficile d'imaginer pour les théories modernes<sup>1</sup> qui voient dans la perception extérieure le plan de notre action sur les choses plus éclatante confirmation. Si le monde a changé pour notre malade, ce n'est point le fait de son trouble visuel, puisque le changement le frappe plus de près que de loin, puisque surtout il proclame voir

1. Bergson, *Matière et Mémoire*, p. 4 et suivantes (Paris, F. Alcan).

les choses tout comme autrefois, mais c'est, purement et simplement, le fait de son aboulie, de son impuissance à agir. Comme il le dit lui-même, c'est lui qui a changé et non les choses, et, si les choses ont changé, c'est qu'incapable d'agir sur elles, il est de ce fait devenu incapable de les percevoir, puisque percevoir, c'est esquisser ses actions possibles.

Rarement les processus morbides, en se développant, gardent autant que chez Charles le souvenir et la marque de leur communauté d'origine, rarement le lien qui les unit demeure aussi présent et aussi reconnaissable. Troubles de la personnalité morale, de la personnalité physique et de la perception extérieure se mélangent et se pénètrent étroitement. Nous ne nous étonnerons donc pas, ici moins encore qu'ailleurs, de les voir s'exprimer simultanément. Son malaise, dit-il, est plutôt moral. C'est surtout moralement qu'il n'est plus lui-même, mais son abattement physique n'en est pas moins grand : il faudrait un grand choc pour remettre toutes choses en place. L'indistinction du physique et du moral, qui ne fait ici que s'indiquer, s'accuse plus nettement quand Charles déclare que c'est quelquefois dans sa tête comme une bataille, comme si on la triturerait avec un clou, comme si on mêlait ses pensées, qu'il n'a plus de force dans la tête, qu'il lui semble n'y plus rien avoir, ni idée ni goût. Enfin on ne voit pas comment répartir des déclarations comme les suivantes et sur quoi se fonder pour dire que le trouble de la personnalité morale ou le trouble de la personnalité physique ou le trouble de la perception extérieure y joue le principal rôle : il est très affecté dans les endroits sombres, comme si on lui passait quelque chose dans la tête ; quand il se voit lui-même, c'est comme tout le reste : ce n'est plus lui, il était vif et alerte ; sa voix a changé ; on croirait que ce n'est plus lui ; cela tient à la vue, mais surtout à la sensation dans la tête ; il n'est plus lui-même, c'est mort, c'est la nuit complète ; une nuit, comme sa femme venait de lui faire une observation, il a cru sentir son cer-

veau se retourner, une boule noire lui traverser la tête : il ne l'a pas vue, mais sentie ; il a eu la sensation de ne plus voir, il s'est senti mourir, il a dit : « Je meurs ! C'est affreux », quelque chose de noir se formait à la place de son cerveau, comme si on lui coupait la vision et la netteté des choses ; il a eu ainsi la sensation de tomber d'une grande clarté dans un trou noir ; son cerveau, de clair et net, est devenu chaviré, mélangé, confus. Ne vaut-il pas mieux considérer qu'ici l'unité de la poussée morbide éclate jusque dans la multiplicité des moyens qu'elle emploie pour s'objectiver, et qu'en fait nous touchons maintenant du doigt ce que nous ne faisons que pressentir il y a un instant ? Nous sommes donc en droit de considérer que tout à l'heure le malade, quand il se plaignait de son cerveau, mêlait étroitement le sens concret et le sens métaphorique et était entraîné en deux voies apparemment divergentes bien plus par les nécessités de l'expression discursive que par une exacte distinction initiale des processus morbides.

Sur cet ensemble morbide si cohérent se sont greffées, par un développement cliniquement normal, des idées de persécution, peu accusées il est vrai. Le malade qui se sent dominé par son mal, par une tristesse qu'il ne peut vaincre, qui a perdu la possession de lui-même, arrive naturellement aux idées de dédoublement : il n'est plus maître de ses pensées, de son cerveau qui travaille malgré lui ; on croirait qu'il y a quelque chose qui travaille dans sa tête, parle pour lui, lui coupe la volonté, lui défend d'être joyeux. Il est comme envoûté, il sent deux personnes en lui : lui-même, faible et désemparé, un autre, qui l'assomme et qui l'étreint moralement.

Cette idée d'envoûtement qui germe dans son esprit s'y rencontre avec le souvenir obsédant de son ancienne maîtresse et surtout de l'enfant qu'il voyait auprès d'elle. Sa femme ne lui a pas donné d'enfant et ne semble pas avoir suppléé à cette stérilité par un renouveau d'affection. Il la dit acariâtre et sèche. On peut juger, vu son caractère, du

sourd malentendu moral qui trouble confusément leur union. Ce ne sont pas époux assortis. Au contraire, quoi qu'elle ait fait, il n'en veut pas à son ancienne maîtresse : il voudrait la détester, l'arracher de son esprit, mais il ne peut pas. L'aime-t-il encore ? Il ne sait, mais c'est quelque chose comme cela. Aussi le souvenir du passé l'a-t-il hanté dès le début de sa maladie, au point que, dans une crise de désespoir, il a fait à sa femme l'aveu de sa faute. En vain ! la pensée de la mère et surtout celle de l'enfant ne le quittent pas, comme si elles étaient gravées dans son cerveau. Il s'était attaché à l'enfant autant et plus même qu'à la mère, car il aime beaucoup les enfants et il semble qu'il y ait dans son cas comme une explosion de paternité non satisfaite. Il se disait : « Voilà l'idéal ! Un ménage avec un enfant ! » Il voudrait que l'idée qu'il a connu cet enfant lui sortit de la tête. Il se reproche son attachement pour lui, sans savoir si c'est là la cause de son malheur, car il n'y comprend rien.

En s'interrogeant sur son état il a fini par se demander s'il n'avait pas subi une influence. Or quelle influence pourrait-il avoir subie, sinon celle de son ancienne maîtresse ? Sans doute, quand il dit qu'on croirait qu'on a dit à son cerveau : « Tu seras toujours dans cet état de tristesse », il déclare d'abord ne pas savoir quel est cet on, mais il avoue ensuite que, dans son idée, c'est sa maîtresse. Puis il se reprend : les indices qu'il croit avoir, peut-être se les forge-t-il lui-même ; ce n'est pas possible, il se fait un tas d'idées. Mais à d'autres moments sa préoccupation est plus forte que sa résistance critique : son cerveau a été influencé par elle, si c'est faisable. Elle était liée avec une femme qui est, sans doute, au courant de la magie noire. Autrefois il aurait ri de tout cela, mais il ne peut s'empêcher de réfléchir aux efforts qu'elle a faits pour le ramener, à la jalousie qu'elle avait fait naître en lui, à la place croissante qu'elle avait prise dans son cœur et dans sa vie, à certains propos qu'elle lui a tenus depuis et qui semblent montrer qu'elle savait à quoi s'en

tenir. Donc, comment l'a-t-elle influencé ? il ne peut le dire ; mais le fait est qu'il a subi son influence.

Qu'elle ait eu sur lui l'influence d'une femme, peut-être aimante, sur un caractère faible et sensible, ce ne paraît guère contestable. Comment s'est opérée la rupture ? Nous n'avons pu obtenir d'éclaircissements précis sur ce point. Peu importe au reste. Que la lassitude se soit emparée d'elle ou de lui, que la raison seule ait fait son œuvre, en lui montrant les mauvais côtés de la situation, il n'en est pas moins qu'il a gardé dans son cœur, à la femme et à l'enfant, une place secrète et chaude. Quand la poussée morbide est intervenue, elle n'a pas traversé en vain ce foyer encore mal éteint de vives ardeurs affectives, elle l'a d'abord rallumé de regrets et d'inquiétudes ; il lui a fourni un appoint naturel de représentations obsédantes. Mais, cependant, elle a poursuivi sa route et, arrivée au bout de sa course et de toutes ses conséquences, quand, revenant sur elle-même, elle a pris conscience de soi tout entière, l'état auquel elle avait abouti a retenti sur ceux qu'elle avait seulement traversés, l'idée de domination, de possession, d'envoûtement, se rencontrant avec l'influence réellement subie, en a spontanément modifié le contour, la nature et la direction. Par une transformation nécessaire, l'influence amoureuse, dont tous nous avons plus ou moins l'expérience, est devenue influence mystérieuse et mystique, s'exerçant d'être à être à travers l'espace et le temps, par des procédés que notre raison désavoue et que notre causalité ignore ; mais la réalité de la première s'est, pour ainsi dire, infusée dans la seconde et a suffi à l'objectiver. Ici encore la pensée morbide se montre comme incapable de se représenter un monde d'éléments discrets et interprète tout l'univers, extérieur et intérieur, d'après son unité fondamentale. Donc, pour paradoxales que les idées de persécution apparaissent chez Charles, une sorte de logique pathologique les rendaient à peu près inévitables, du moment que les éléments en avaient une fois été mis en présence.



Depuis novembre 1910 nous sommes sans nouvelles du malade. Peut-être est-il guéri de cet accès. Peut-être s'est-il suicidé. Les deux hypothèses sont vraisemblables. Mais il n'est guère douteux que cet accès ou un autre l'amènera à se donner la mort.

---

## IV

### OBSERVATION IV

#### DOROTHÉE

L'observation de Dorothée, entrée dans le service en mai 1905 et décédée en septembre 1908, a déjà été publiée par MM. Deny et Camus à la fin de sa première année de séjour à l'hôpital. Depuis, nous avons, à notre tour, suivi la malade d'octobre 1906 jusqu'à sa mort. Durant ce temps certaines modifications se sont introduites dans son état mental, assez importantes pour nous paraître comporter un enseignement et mériter d'être signalées.

Comment la malade se présentait-elle en 1905-1906 ? MM. Deny et Camus vont nous le dire<sup>1</sup>:

« G. A..., trente ans, entrée à la Salpêtrière (Section « Rambuteau) le 20 mai 1905.

« ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien à noter du côté des « ascendants. La malade est l'aînée de six enfants ; sa sœur « cadette a été soignée dans le courant de l'année 1905 à la « Salpêtrière dans le service de M. Déjerine, pour des idées « hypochondriaques à forme obsédante. Elle en est sortie « guérie. Les autres enfants sont bien portants.

« ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Née à terme, s'est dévelop- « pée normalement, a fréquenté l'école jusqu'à treize ans. « Apprenait facilement, était considérée comme très intel- « ligente. A sa sortie de l'école, n'a pas été mise en appren- « tissage, a été gardée par sa mère pour l'aider aux soins « du ménage. A été très gâtée, était très coquette, parlait

1. Deny et Camus, *Etude nosologique et pathogénique du Délire des Négations*, *Annales médico-psychologiques*, mai-juin 1906.

« volontiers de ses avantages physiques, était fière de sa  
« taille, etc... ; n'a pas eu d'autre maladie que la rougeole  
« à quatre ans. Réglée à quinze ans et demi.

« HISTOIRE DE LA MALADIE. — L'affection actuelle a débuté  
« au commencement de l'année 1905; G... a com-  
« mencé par dire qu'elle n'avait plus la bouche à sa  
« place, constamment elle se regardait dans une glace,  
« prenait son menton avec ses mains et cherchait à le  
« ramener dans une bonne position. En même temps son  
« caractère s'aigrissait, elle ne supportait aucune observa-  
« tion, restait volontiers sombre et sans prononcer une  
« parole pendant des journées entières. Bientôt elle refusa  
« de manger, de se laver, de s'habiller ; elle s'écorchait  
« le visage avec ses mains, disait qu'elle n'avait plus que  
« quelques jours à vivre, que ce n'était pas la peine de la  
« conduire à l'hôpital, etc. C'est alors que sa mère l'amena  
« à la consultation de M. Déjerine qui prit G... dans son  
« service dans les premiers jours du mois de mai.

« Au lieu de s'améliorer, l'état de la malade s'aggrava  
« et elle manifesta bientôt des idées de suicide, en raison  
« desquelles elle fut transférée le 20 mai dans le service de  
« l'un de nous.

« Dans les jours qui suivent son entrée, G... ne répond à  
« aucune des questions qu'on lui adresse, n'exécute aucun  
« des mouvements qu'on lui commande, ne donne pas la  
« main, ne tire pas la langue, etc. Elle résiste aux mouve-  
« ments de flexion, d'extension qu'on cherche à imprimer à  
« ses membres. Elle reste toute la journée immobile, la  
« tête demi-fléchie, se tenant le menton avec ses deux  
« mains, comme pour empêcher sa mâchoire de se décro-  
« cher. Elle ne veut rien garder sur elle, pas même sa  
« chemise ; ses yeux grands ouverts sont obstinément fixés  
« sur son corps, le plus souvent nu. On a beaucoup de  
« peine à lui faire accepter quelques aliments.

« Malgré la force d'inertie qu'elle oppose à tout examen,  
« on parvient à constater que G... ne présente aucun trouble

« de la motilité, de la sensibilité cutanée dans ses différents modes et des diverses sensibilités spéciales. Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux et on ne constate aucune altération des fonctions respiratoire, digestive, circulatoire, etc. Il n'y a ni albumine, ni sucre dans les urines. La température est normale : un jour ou deux seulement, elle a atteint 38°1.

« Les seuls mots qu'on obtient de G... à la suite d'injonctions répétées, sont « qu'elle n'a plus de figure, plus de visage, plus de bouche, plus de corps, il ne lui reste que les mains, les pieds et les jambes ». Tout cela est dit d'un ton maussade, avec une mauvaise humeur évidente. On ne peut pas la décider à enlever les mains qui recouvrent sa bouche et son menton et lorsqu'on cherche à les lui retirer, sa mauvaise humeur augmente : « Laissez-moi tranquille, dit-elle, vous voyez bien que je n'ai pas de corps, pourquoi me faire souffrir, je suis morte, mais je ne meurs pas comme tout le monde ».

« D'autres fois elle dit : « Ne me touchez pas, vous me rendez plus d'horreur, vous voyez bien que je n'ai plus de corps, vous me l'avez pris, sale bête, c'est honteux ».

« Si on lui présente un miroir, elle le repousse des mains, mais n'en jette pas moins des regards à la dérobée sur lui et dit : « Quelle horreur, est-il possible d'être aussi laide ; ....je suis propre, je n'ai plus de bouche, plus de dents, je ne devrais pas parler, je suis un petit nabot, autrefois j'étais très grande, etc. ».

« Ajoutons que pendant des heures entières, G..., si on la laisse faire, va se placer, nue ou la chemise relevée jusqu'au menton, en face d'une porte vitrée, dans laquelle elle se mire et se contemple, en proférant de temps en temps les plaintes et les lamentations rapportées plus haut.

« Il faut noter que ces plaintes et ces lamentations sont toujours relatives à l'état actuel ou à l'état antérieur de G..., jamais à son avenir. Elle dit par exemple : « J'étais

« mieux que cela hier, j'étais mieux que cela tout à l'heure.  
« je suis encore plus d'horreur » ; ou bien, lorsqu'il lui arrive  
« de changer de position, de se lever, etc., elle répète à  
« diverses reprises : « Je n'aurais pas dû bouger, je n'aurais  
« pas dû me lever, me voici encore plus d'horreur ». De  
« même si on la touche, si on déplace un de ses membres,  
« elle s'emporte, devient agressive et dit qu'on le fait ex-  
« près pour la rendre plus d'horreur. Jamais il ne lui arrive  
« de faire allusion à ce qu'elle sera le lendemain ou les  
« jours suivants.

« L'état mental de G..., dont nous venons de donner un  
« court aperçu, s'est maintenu identiquement le même de-  
« puis le jour de son entrée jusqu'à aujourd'hui (février  
« 1906). Actuellement, comme lors de son entrée, il est  
« impossible de lui faire garder une chemise. Elle se couche  
« nue entre ses draps et lorsqu'elle quitte son lit, c'est  
« pour aller s'exposer à la chaleur du poêle, car, puisqu'elle  
« est morte, qu'elle n'a plus de corps, il faut la brûler. On  
« doit exercer sur elle une surveillance de tous les instants  
« pour l'empêcher de se brûler ; continuellement elle  
« cherche à introduire ses pieds ou ses mains entre les  
« barreaux de l'entourage du poêle pour se brûler plus  
« sûrement. « Foutez-moi vite dans le feu, dit elle, que je  
« brûle ».

« Pendant les mois d'été, alors qu'il n'y avait pas de  
« feu, elle répétait volontiers qu'il fallait la jeter aux cabi-  
« nets, et à diverses reprises également, elle a cherché à  
« s'introduire dans la cuvette des water-closets.

« Durant les mois de juin, de juillet et d'août, G... a refusé  
« obstinément la nourriture, il a fallu pendant toute cette  
« période l'alimenter à la sonde ou à la cuillère. Pendant  
« le mois de septembre, elle est devenue gloutonne et  
« vorace, elle dérobaît le pain des autres malades et sem-  
« blait n'être jamais rassasiée. Actuellement, elle mange  
« raisonnablement et a bon appétit, car elle réclame instam-  
« ment des aliments, quand approche l'heure des repas.



« Elle devient alors soumise et câline pour qu'on satisfasse  
« plus vite ses désirs, elle se montre en outre très sensible  
« aux friandises, ce qui ne l'empêche pas de dire après  
« avoir mangé : « Suis-je bête, je n'ai pas de corps et je  
« mange, je n'ai pas de bouche et je parle ; je ne devrais  
« pas manger, je ne devrais pas parler : je vais être encore  
« plus d'horreur ».

« Les convictions délirantes de G... se rapportent exclu-  
« sivement à sa constitution physique, à son existence cor-  
« porelle. Lorsqu'on lui dit, par exemple : « Si vous n'avez  
« plus de corps, vous avez du moins toute votre intelli-  
« gence... », elle répond : « Foutez-moi la paix avec votre  
« intelligence, cela m'est bien égal, je n'ai plus de corps,  
« il n'y a pas de plus grand malheur que de ne pas avoir  
« de corps. Vous faites le malin parce que vous avez un  
« corps. Si le bon Dieu pouvait faire un miracle, il me don-  
« nerait le corps de T... (nom d'une autre malade), — ou  
« bien si ma mère qui m'a donné mon corps, pouvait m'en  
« refaire un ! »

« La lucidité de G... est entière, — les objets ou les per-  
« sonnes qui l'entourent ne lui paraissent ni changés, ni  
« modifiés, elle les voit tels qu'ils sont ; elle n'y prête du  
« reste qu'une attention modérée, toutes ses préoccupa-  
« tions étant concentrées sur sa seule et unique personna-  
« lité. Malgré cela elle ne prend aucun soin d'elle-même,  
« ne veut pas qu'on la lave, la coiffe, etc., et satisfait ses  
« besoins là où elle se trouve.

« Elle reconnaît ses parents lorsqu'ils viennent la voir,  
« mais reste en réalité indifférente à leurs visites : « Tu vois,  
« Aline, dit-elle à sa sœur, il faudrait qu'on brûle la robe  
« que j'ai sur moi pour être comme toi. Laisse-moi, je vais  
« aller me brûler. Mon Dieu que je suis à plaindre, c'est  
« un drôle de cas. Je me vois bien, je mange de trop et je  
« n'ai plus rien. Est-ce que le bon Dieu devrait permettre  
« des choses pareilles ? Mes sœurs ont un corps, maman  
« aussi, moi je n'ai plus rien ».

« Comme on le voit, G... se borne à constater qu'elle n'a  
« plus de corps et à le déplorer du matin au soir, mais  
« jamais elle n'a accusé personne de lui avoir pris son  
« corps. Jamais non plus elle n'a dit un seul mot qui puisse  
« faire supposer qu'elle considère la perte de son corps  
« comme la punition ou le châtimement de fautes commises  
« par elle ; elle n'a somme toute aucune idée de persécution,  
« ni d'auto-accusation. Elle n'a jamais non plus pré-  
« senté d'hallucinations.

« En outre de sa stéréotypie akinétique qui consiste à  
« s'immobiliser le menton pendant des heures entières, G...  
« en a une autre, celle-ci kinétique, qui est caractérisée  
« par des mouvements rythmés de haut en bas des  
« deux pouces, de chaque côté du sternum à la hauteur  
« des seins. Quand on lui demande la raison de ce mouve-  
« ment, elle le justifie comme celui du maintien de son  
« menton, en disant que c'est pour essayer de faire revenir  
« son corps.

« Ajoutons, en terminant, qu'à différentes reprises l'humeur  
« hargneuse et facilement agressive de G... s'est  
« traduite par des voies de fait à l'égard du personnel ou  
« des autres malades. »

Voyons maintenant sur quels points et en quel sens la malade s'est modifiée sous nos yeux. Elle reste toujours inquiète et anxieuse : c'est probablement le fond de son état. Mais anxiété et inquiétude ont pour ainsi dire changé de direction : autrefois la malade se désolait de ne plus être ce qu'elle était ; maintenant elle se demande sans cesse ce qu'elle va devenir. Ses sœurs vont se marier : comment sera-t-elle dans quatre mois ? Aujourd'hui elle pourrait assister au mariage, mais elle a bien peur que d'ici là les choses ne s'aggravent. Ce lui serait très cruel de ne pas pouvoir tenir sur ses jambes, d'autant qu'elle n'aime pas le lit. Elle y souffre plus que debout. Elle ne s'y plaît que pour dormir. A peine réveillée, la peur la prend de ne plus

pouvoir se lever. Elle ne compte pas guérir, au contraire. C'est l'avenir qui l'inquiète. Et si l'avenir l'inquiète, si elle se demande avec effroi ce qu'elle va devenir, c'est qu'elle ne vit pas d'une façon claire et que cette façon de vivre l'intrigue et l'angoisse.

Donc, si elle s'inquiète de l'avenir, c'est secondairement, pour ainsi dire. C'est sa façon de vivre qui, avant tout et tout d'abord, fait son inquiétude : « Je suis obsédée par la façon dont je vis, qui me paraît si obscure » (Lettre). Il lui semble qu'il s'est produit en elle un changement, lent, incompréhensible, du mécanisme duquel elle ne peut aucunement rendre compte, qui l'entraîne à douter de son existence. Mais la chose est terriblement embrouillée, confuse et incertaine. Un avocat de sa famille a manifesté l'intention de lui rendre visite. Elle ne tient pas à le recevoir ; il ne peut plaider cette cause-là : c'est aussi obscur pour lui que pour les autres. Elle ne peut guère expliquer ce qu'elle ne comprend pas elle-même : « Je ne suis ni plus ni moins que vous sous bien des rapports (alimentation, sommeil). C'est par le fait mystère ».

Mystère et angoisse, voilà bien la formule : angoisse du mystère, mystère de l'angoisse, suivant le côté que nous regardons, suivant que la malade vit son trouble morbide ou essaye de l'intellectualiser. Le fait de constater que nous ne comprenons pas, la position et l'admission d'un mystère, en un mot, suppose déjà, en effet, l'entrée en jeu d'activités intellectuelles, puisqu'il enregistre leur échec. Mais l'existence d'un mystère une fois admise, nous n'avons pas de cesse que nous ne nous le soyons, au moins en partie, rendu intelligible, en lui substituant un apparent système d'équivalents conceptuels.

Le mystère, en se vivant, s'objective, c'est-à-dire fait appel à l'expression discursive. Or il n'est rien qui ne soit en rien comparable à rien, qu'un artifice plus ou moins heureux ne puisse ramener, fût-ce précisément comme à son contraire, à quelque expérience antérieure. L'angoisse

et le mystère de notre malade sont gros de son délire et de bien d'autres délires : « Autrefois ma façon de vivre ne m'inquiétait pas, ce qui prouve que c'est changé ». A ce point le délire commence : il ne lui reste plus qu'à se fixer sur la nature du changement.

Ce changement, nous l'avons vu, était à l'origine conçu aussi radical que possible ; la malade n'avait plus de corps. Le mystère physique d'une vie sans organisme exprimait et expliquait à ses yeux les mystérieuses modifications intervenues dans ses manières de sentir. Mais les difficultés que cette explication présentait l'ont amenée, en quelque manière par un effort de raison, à substituer des idées de « transformation », de « changement » simple, à celles de négation.

Elle reconnaît avoir dit n'avoir plus de corps et en avoir été convaincue. Maintenant elle ne le dit plus, pour bien des raisons qu'il n'est pas facile de démêler et de présenter par ordre. Elle ne le dit plus, d'abord, parce qu'elle a « l'esprit de comprendre que c'est une chose qui ne doit pas se dire ». Ici on serait tenté de croire à une réticence banale, d'autant que la malade hésite ensuite à ajouter qu'elle ne le pense plus ; elle se contente de répondre : « Je pense que ça n'est pas clair, je suis inquiète » : hésitation et réponse évidemment suspectes, qu'elle explique, à chaque fois, par les obscurités de sa façon de vivre. Les réticences sont, cependant, ici d'espèce assez particulière. Elles ne dépendent, en effet, ni de la méfiance de la malade : nous sommes avec elle dans les meilleurs termes ; ni d'un désir de passer pour guérie ou améliorée et de prendre la porte : elle ne tient pas à sortir, elle a plutôt peur de la liberté et du monde. Elles sont bien davantage l'expression d'une sorte de pudeur intellectuelle révoltée par les absurdes conséquences du délire initial. En effet, elle constate que toutes ses fonctions organiques s'accomplissent comme autrefois : « Je n'y comprends rien, ça digère » ; si elle n'avait pas de corps, « ça » ne digérerait pas, et il faut donc

bien que « ça » soit quelque chose comme son corps. Son sang est aussi beau, aussi rouge qu'autrefois : il faut bien qu'il soit le sang d'un corps et d'un corps à peu près comme autrefois. Sans ces preuves elle croirait que le mécanisme n'existe plus. Mais enfin ces preuves sont là et elle s'efforce d'en tenir compte. Sans doute elle n'est plus comme autrefois, mais il y a amélioration : ses règles, disparues pendant plus d'un an, sont maintenant revenues. Elle ne sent plus, comme naguère, son corps diminuer journellement. En réalité, elle voyait bien qu'elle en avait un, mais elle ne le voyait pas comme autrefois et il lui semblait disparaître un peu tous les jours ; d'où elle tirait cette conclusion assez paradoxale qu'elle n'en avait plus du tout.

Mais tous ces raisonnements ne sont pas seuls à déterminer sa conviction nouvelle. Car, comme nous lui demandons si elle croit à l'existence de son corps par une sorte de réflexion, de la même manière que nous croyons à celle de Pékin, par exemple, parce que des voyageurs l'ont vu et décrit, elle s'écrie : « Oh ! je me sens, moi ! », ce qui n'est pas une raison définitive, puisqu'autrefois elle disait n'avoir plus de corps, quoiqu'elle le sentit encore, mais, cependant, en est une, sur laquelle elle revient à plusieurs reprises : « Ce que je possède, je le sens, je sens que ça vit ».

Si elle parle de ce qu'elle possède et non de son corps, c'est qu'elle a un doute un peu différent de celui de naguère. Naguère elle se demandait si elle avait un corps, elle avait l'idée fixe de n'en plus avoir. Maintenant elle sait avoir un corps, mais elle ne croit pas qu'il soit comme autrefois. Donc à toute occasion elle reconnaît avoir un corps, affirme en être sûre ; elle ne vit plus avec la conviction de ne plus avoir de corps ; si peu que ce soit, elle en a un. Mais sa façon de vivre l'inquiète, n'est pas claire, elle sent qu'elle ne vit plus comme autrefois ; son corps a changé, il n'est plus une réalité comme autrefois, au même titre, par exemple, que la chaise sur laquelle elle est assise. Mais, néanmoins, il existe. Seulement il a changé, il est transformé.



Changement et transformation sont de nature assez mystérieuse. Ils n'ont pas un caractère dynamique, puisque la persistance du fonctionnement organique est, pour la malade, une preuve qu'il lui faut renoncer à nier l'existence de son corps. S'agit-il d'un changement matériel qui en aurait affecté la composition et la structure? C'est bien douteux. Que l'on parte de ses pieds ou de sa tête, de chaque partie de son corps la malade reconnaît qu'elle n'a pas changé et qu'elle est la même qu'autrefois, et ce n'est que quand elle voit le danger que court son système et que, si elle laisse son interlocuteur aller jusqu'au bout, il se trouvera que son corps transformé est composé de parties dont aucune n'a bougé, qu'elle déclare : « Oui ; mais enfin on sait bien qu'on ne m'a pas changé ce que j'ai, mais ça a changé », ou bien : « Ça n'a pas changé, mais ça a changé tout de même ».

En vérité, à y regarder de près, cette idée de transformation n'est pas, logiquement, beaucoup plus satisfaisante que l'antérieure idée de négation. Mais elle le paraît, du moins au premier abord, et cela suffit à la malade qui entend bien ne plus passer pour folle. Sans doute elle a perdu la tête un moment, a dit n'avoir plus de corps, a supplié qu'on l'enterrât, refusait de mettre sa chemise pour épier ce qui lui restait de matière, mais c'était son cas, le mystère avec lequel elle est aux prises, qui la poussait à parler et à agir ainsi, contre tout bon sens et contre toute pudeur. La substitution de l'idée de changement à l'idée de négation apparaît donc comme une sorte de triomphe de la raison discursive, favorisé sans doute par une certaine rémission des phénomènes anxieux. Triomphe, du reste, plus apparent que réel, car il porte bien plus sur la forme du délire que sur sa matière : la transformation se substitue, vaille que vaille, à la négation, mais le mystère reste debout tout entier, dans son ineffabilité transcendante.

Bien entendu la malade ne présente aucun trouble objectif de la sensibilité. Elle ne se plaint même d'aucun trouble du côté des organes des sens : elle flaire, goûte, palpe, en-

tend, voit tout comme autrefois. Nouvel argument, si besoin était contre la théorie périphérique. D'autre part, elle se plaint de maux de tête, de douleurs, de crampes, d'impatiences dans les membres et surtout dans les jambes, largement justifiées par l'étrangeté de ses attitudes : elle sent la douleur comme autrefois, elle souffre même davantage. Aucune analgésie viscérale ou autre n'est donc à l'origine de sa dépersonnalisation physique. Enfin, si elle ne s'est jamais plainte, à proprement parler, de l'étrangeté du monde extérieur, un objet, au moins, de ce monde lui a paru à certains moments modifié : c'est son corps qui est bien pour elle comme pour nous, objet extérieur, quand c'est par les yeux qu'elle le perçoit. Ce qu'à son corps son œil trouvait de changé ne s'explique pas. Elle le voyait moins grand et moins beau et, de fait, à ses yeux, si sans doute son nez, sa bouche n'ont changé ni de forme ni de couleur, néanmoins elle n'est plus comparable à ce qu'elle a été.

Cette constatation rend moins satisfaisante l'hypothèse de MM. Deny et Camus<sup>1</sup> qui voient en leur malade un cas d'insuffisance fonctionnelle, d'inhibition des centres cénesthésiques ; car, dans ces conditions, pourquoi la vision du corps propre serait-elle seule impuissante à évoquer les images organiques, qui, d'après les mêmes auteurs, contribuent à constituer pour nous la réalité du monde extérieur ? Si l'hypothèse était exacte, il semble bien qu'étrangeté du monde extérieur et dépersonnalisation physique devraient avoir toujours un développement parallèle. La cause de ces états, si elle est déterminable, devra donc être cherchée ailleurs. Il semble, du reste, qu'il faille d'abord déterminer ce qu'elle est psychologiquement, avant de savoir ce qu'elle est physiologiquement.

Laissons, pour le moment, cette discussion théorique et revenons à notre malade. Tout d'abord elle se lamentait sur

1. *Loco citato*. Voir également des mêmes auteurs : *Sur un cas d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps*, *Revue Neurologique*, 15 mai 1905.

le présent, ensuite elle s'est inquiétée de l'avenir. D'un état affectif qui s'essaye à s'objectiver, ce sont là deux des orientations possibles. Donc le trouble morbide, sous sa forme émotive, s'est cherché successivement deux voies. Remarquons maintenant que, sous sa forme discursive et conceptuelle, il a fait exactement de même et que les deux voies qu'il a ainsi tracées sont, pour ainsi dire, parallèles aux deux premières. Quand la malade niait son corps, elle niait de ce point de vue l'avenir : quel est l'avenir du néant ? et se concentrait sur le présent. Quand elle a parlé de transformation, qui dit transformation dit évolution, et elle s'est inquiétée de l'avenir. Mais cette déduction logique, c'est notre pensée qui l'introduit ici et ne peut se défendre de l'introduire. En réalité il s'agit bien plutôt d'une transposition en masse, portant à la fois sur la face affective et sur la face discursive du délire, qui les a concurremment modifiées, sans qu'il soit possible de parler d'un avant et d'un après et, par conséquent, d'effet et de cause.

Si de l'idée de transformation on peut, à la rigueur, assurer qu'elle est logiquement moins absurde que l'idée de négation et que, de ce point de vue, il y a progrès rationnel chez notre malade, faut-il en dire autant de l'idée d'immortalité, qui a remplacé l'idée d'être morte qu'elle énonçait quelquefois ? Elle est convaincue qu'elle ne mourra pas. Une surveillante très intelligente, dont elle tait le nom, le lui a dit l'an dernier. Elle n'y avait pas encore pensé. Depuis elle y a beaucoup réfléchi. Son cas l'obligerait à le croire et, somme toute, elle est de cet avis. Elle craint fort de ne pas mourir, car elle ne vit pas comme autrefois, ne respire plus comme autrefois, n'est plus faite de la manière dont on meurt. Son corps et le nôtre ne sont pas identiques : nous mourrons, nous, parce que nous vivons d'une façon claire. Une maladie qu'elle vient d'avoir lui est un argument en faveur de sa thèse : « J'ai été à la mort ; je n'ai pas pu mourir ». Vu son état d'angoisse, cette immortalité ne la réjouit naturellement pas autant qu'elle ferait bien d'autres :

« Je n'ai pas la consolation de me dire : je mourrai un jour ».

Tout ceci serait assez clair, si, pour expliquer pourquoi elle demandait à être enterrée, après avoir répondu d'abord que c'était parce qu'elle se trouvait un être tout à fait inutile, elle n'excipait précisément de sa crainte de ne pas mourir, qui lui serait, alors, venue avant que la surveillante ne l'eût déclarée immortelle. L'idée d'être immortelle lui aurait, dans ces conditions, été aussi spontanée que celle d'être morte : c'est on ne peut plus plausible. Mais ces deux idées auraient été à peu près contemporaines, et c'est, logiquement, plus scabreux. Continuons encore à l'écouter : elle demandait qu'on mit en terre ce qui restait de son corps (composé donc de deux parties : partie disparue, partie immortelle ?). Elle promettait d'y rester. Elle se rend bien compte aujourd'hui qu'elle ne l'aurait pas fait, parce qu'elle aurait étouffé. Mais comment, maintenant qu'elle se croit immortelle, le fait d'étouffer a-t-il conservé cette importance à ses yeux ? De même, si elle demandait à être brûlée, c'était parce que ce moyen lui paraissait plus capable de la faire mourir que tout autre, tant il est difficile de venir à bout d'un corps inexistant. Mais cependant alors le feu lui paraissait de force à la faire disparaître. Maintenant que son corps n'est que transformé, elle semble convaincue que le feu serait impuissant contre lui : même une température de 3000° n'y suffirait pas. Cette immortelle, d'ailleurs, ne laisse pas parfois de déclarer : « C'est drôle que je vive ».

Donc que de contradictions ! Idée à la fois d'être morte et d'être immortelle ; recherche et discussion des moyens d'anéantir le néant ; affirmation, à la fois, d'inexistence et d'immortalité ; conviction qu'un corps transformé est plus immortel qu'un corps anéanti : nous y perdriions, sans y rien gagner, si nous voulions formuler toutes ces vagues de pensée en syllogismes. D'une pensée proprement conceptuelle nous n'avons ici au fond que la caricature : idées de négation et de mort, de transformation et d'immortalité sont autant de formes momentanées qu'emprunte aux yeux de la malade,

quand elle s'essaye à se le représenter et à le traduire à autrui, le mystère fondamental qui l'opprime. Ce sont variations sur un même thème d'anxiété et de désaccord essentiel avec l'expérience antérieure, et, du reste, variations assez étroites ; car, nous n'y avons pas encore insisté, ici la poussée délirante, qui a donné à plein sur la personnalité physique et s'y est, pour ainsi dire, multipliée, a avorté dans le sens des réalités extérieures, où elle n'a touché que la perception du corps propre, et a, de même, à peu près épargné le champ de la personnalité morale.

La malade, en effet, ne se plaint nullement de ses facultés intellectuelles. Elles n'ont pas changé et sont demeurées ce qu'elles étaient, c'est-à-dire, à ses yeux, fort satisfaisantes. A l'école, les religieuses s'extasiaient sur sa facilité, son intelligence et sa mémoire ; à en juger par le souvenir que la malade a gardé de ses études, elles se contentaient véritablement à peu de frais. Nous savions déjà qu'elle était assez vaine de son corps. Nous en avons eu depuis de nouvelles preuves. Elle se plaît à nous rappeler le bal de la mi-carême de 1907 : elle y est allée costumée, elle y a attiré l'attention, elle s'y est entretenue avec un comte qui a exprimé l'espoir de la revoir l'année suivante. En 1908 des raisons de service empêchent de la faire figurer, au bal, costumée : elle est furieuse, proclame à grands cris qu'elle ne souffrira pas cette injustice et qu'elle se refuse à aller au bal dans d'autres conditions que l'année précédente : le jour du bal elle ne s'en mêle pas moins à l'assistance en tenue de ville et semble prendre plaisir à la foule et au bruit. Car elle aime toutes les distractions et tous les plaisirs. Mais elle est aussi orgueilleuse de son esprit que de son corps. Nous l'avons déjà vue vanter son intelligence et sa culture. Elle fait écrire par une compagne les lettres qu'elle nous adresse et les signe d'une grosse écriture maladroite, qui témoigne précisément des insuffisances scolaires qu'elle veut probablement nous dissimuler. Elle est assez distante avec les autres malades et ne cause avec aucune d'entre elles, sauf avec une



démence précoce, ancienne institutrice, d'une préciosité et d'un maniérisme extravagants, dont elle tient du reste le cerveau pour un peu fêlé. Il semble donc assez difficile de faire jouer à la coquetterie le rôle provocateur de la localisation des troubles morbides que lui imputent MM. Deny et Camus : on ne voit pas pourquoi la suffisance intellectuelle de la malade n'aurait pas, de son côté, sur la personnalité morale, produit les mêmes effets.

Cette personnalité morale est-elle, cependant, sans atteintes ? Il n'en est rien, à y regarder d'un peu près. Elle a toujours été romanesque et a toujours beaucoup aimé les lectures sentimentales : elle y passait ses nuits. Maintenant, quand on lui lit un roman, sans doute elle y prend plaisir et y trouve une distraction à ses misères, mais elle ne sent plus comme auparavant, elle ne se fait plus les idées qu'elle se faisait étant jeune, elle n'éprouve plus ce qu'elle éprouvait jadis. Son esprit a beau n'avoir pas changé, elle ne ressent plus, cependant, la même joie qu'autrefois : conséquence, à ses yeux, de son cas. De même, sans qu'elle puisse expliquer comment, son cas l'empêche de prier tous les jours. Il arrive, en effet, qu'au moment de faire sa prière sa gorge se contracte, probablement parce qu'elle médite sur son cas. Mais, de cette contraction, elle déclare tantôt qu'elle ne survient que dans de pareilles circonstances, tantôt qu'elle se produit également à la suite d'une simple contrariété : alors, si le soir il lui arrive de repenser à l'incident qui l'a affectée dans la journée, la prière lui est impossible. La chose, on le voit, est assez complexe. Il n'en est pas moins que, sur deux points, sa personnalité morale se trouve diminuée et participe du trouble de la personnalité physique. Donc ici, comme ailleurs, la poussée morbide a fait en tous sens ses tentatives, mais il n'est que juste d'ajouter qu'un de ses rameaux a, pour ainsi dire, étouffé les deux autres et qu'il n'en reste plus que ce qu'il faut pour en conjecturer l'existence.

Son affectivité a reparu. Une famille qui la chérit, de bons

amis tout dévoués lui sont une consolation dans sa détresse. Elle a une nièce de quatorze mois pour laquelle elle ne sait vraiment pas ce qu'elle ne ferait pas. Elle s'intéresse aux siens, à leurs joies et à leurs tristesses. Elle se montre très sensible aux marques d'intérêt. Peut-être même son affectivité s'est-elle un peu exaltée : dans une lettre elle nous donne du « cher ami ». L'inaffectivité antérieure tenait, sans doute, à l'intensité de l'anxiété qui concentrait toute l'attention de la malade sur ses seules préoccupations morbides. Le passage à l'état chronique aidant, les sentiments affectifs et altruistes ont refait leur apparition. L'autophilie a cessé d'être exclusive.

D'idées de culpabilité et de persécution, à la fin comme au début, il n'est pas de traces appréciables. Mais des idées de grandeur s'ébauchent. Dans une lettre elle parle de sa confiance en Dieu, elle espère qu'il la protégera et lui donnera la force de supporter ses souffrances. Confiance et espérance, ainsi formulées, sont courantes et, bien entendu, n'ont rien de pathologique. Il n'y a rien, non plus, d'anormal à dire que, si Dieu voulait, comme il peut tout, il pourrait la rendre comme autrefois ou qu'il faudrait pour la guérir un miracle. Mais sa maladie ne s'est pas produite par des voies et des moyens naturels : des influences qu'elle ne précise pas ont donc dû intervenir. C'est Dieu qui l'a voulu ainsi. Pourquoi l'a-t-il frappée plutôt qu'une autre ? Elle ne le sait et ne peut le comprendre, car elle ne croit pas l'avoir offensé. Donc elle est une sorte d'élue à rebours, un Job femelle, qui a son rôle et sa place dans les plans de la Providence. D'autre part, une nuit de janvier 1908, elle a eu mal à la gorge, a prié, s'est endormie et s'est réveillée guérie : donc Dieu exauce ses prières. Tout cela n'est ni très net ni très franc, mais n'a-t-on pas l'impression d'idées de grandeur qui s'essayent et se tâtent, pour ainsi dire ? Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner si la malade en est venue à concevoir, sinon à affirmer, un rapprochement entre son état actuel et celui des corps glorieux. Sans doute cette

hypothèse relève de l'inquiétante obscurité de sa façon de vivre et entretient les rapports les plus intimes avec les idées de transformation et d'immortalité, dont, jusqu'à un certain point, on peut la considérer comme un perfectionnement conceptuel, car idées de transformation, d'immortalité, de gloire, au sens mystique, appartiennent à des cercles de plus en plus étroits et déterminés de représentations collectives, au point que la dernière n'offre d'apparente intelligibilité que pour un chrétien. Mais il ne semble pas que la malade y soit amenée par un processus logique : autrement n'y insisterait-elle pas comme sur la plus satisfaisante ? Telle qu'elle se présente, dans la pauvreté de son développement et dans sa richesse affective, cette nouvelle conception délirante est bien plutôt l'expression originale de la haute estime où se tient la malade et de la haute opinion qu'elle a d'elle-même et de ses facultés.

Les réactions motrices ont peu varié : Dorothee a horreur des déplacements. Elle a renoncé aux stations devant les vitres, mais elle n'en a pas moins ses attitudes favorites. Tantôt on la trouve assise dans son lit : les bras pendent le long du corps, les mains sont à plat sur le drap, la chemise est largement décolletée, la tête ne s'appuie pas sur l'oreiller, elle est raide et un peu penchée à droite, les yeux sont immobiles. Tantôt, hiver comme été, elle est debout près du poêle, les pieds réunis, les jambes raides, les bras au corps, les avant-bras fléchis en avant, les mains jointes énergiquement à la hauteur du menton, l'épaule gauche fortement relevée, la tête inclinée vers la gauche, les traits figés, le regard fixe. Ces deux attitudes, on le voit, offrent ce caractère commun d'exiger une grande dépense d'énergie musculaire : sans doute il en résulte pour elle une grande fatigue. Mais c'est son cas qui la contraint à se comporter ainsi. Il lui semble que ces efforts la maintiennent. Les mains pendantes, elle se sent moins ferme. Evidemment il y a là des réactions motrices qui répondent étroitement à la

transformation qu'elle croit avoir subie et qui s'efforcent à en conjurer les effets.

Ses colères et ses violences sont, en grande partie, déterminées par l'horreur qu'elle a des contacts. Autrefois il lui était égal qu'on la touchât. Maintenant les contacts lui sont d'abord douloureux, moins, sans doute, qu'une plaie; mais, avant tout, ils lui semblent aggraver son cas. C'est une idée qu'elle a. Il ne faut toucher aux choses fragiles qu'avec délicatesse. Elle ne dit pas que ça casserait, ça ne peut pas casser, mais enfin il pourrait se passer quelque chose. Elle pourrait s'affaisser, si l'on veut, comme une montagne s'affaisse, ne plus pouvoir se tenir debout. Au fond, elle ne sait pas exactement de quoi elle a peur, mais ce qui est certain, c'est qu'elle redoute les contacts et le mystère de leurs éventuelles conséquences. Aussi ne désire-t-elle pas sortir. Elle ne pourrait plus rester chez elle. Elle ne compte pas assister au mariage de ses sœurs; elle n'ira que le lendemain, d'accord avec sa famille qui craint que les invités ne l'agacent. Elle pourrait en effet être prise dans une bousculade et c'est cela dont elle a peur et qui la tiendra à l'écart le jour de la fête. Car, en lui-même, le monde ne lui fait pas peur. Il ne lui déplairait pas d'être à la fenêtre un jour de foule et de regarder les passants. Tout cela serait assez clair, si nous ne l'avions vue, par deux fois, se mêler, volontairement et même avec enthousiasme, à la cohue des bals de la mi-carême, où malades et invités entassés ne sont pas sans se heurter les uns les autres et qu'elle devrait donc, si elle était absolument conséquente avec elle-même, fuir avec une sorte d'horreur. Ici semblent véritablement entrer en lutte, pour aboutir à des réactions paradoxales, son inquiétude et ses préoccupations morbides, d'une part, et, d'autre part, cet amour des plaisirs, cette coquetterie qui la poussent à parer du mieux possible, au moins les jours de fête, le corps mystérieux dont l'existence même est pour elle le sujet de tant de doutes.

L'autopsie a donné tous les renseignements nécessaires

sur les causes de la mort : tuberculose pleuro-pulmonaire ; mais, sur tous les autres points, a été absolument négative. Le système nerveux central, ganglionnaire et périphérique ne présentait aucune lésion. Ici donc, comme en nombre de cas, le domaine de l'anatomie et de la physiologie pathologiques demeure territoire inconnu et à peu près inexplorable, puisqu'aucun repère ne nous est offert pour y pénétrer.

---



## V

### OBSERVATION V

#### EMMA

Sur le compte d'Emma, femme de chambre, âgée de trente-neuf ans, entrée dans le service, sur sa demande, en décembre 1907 et sortie en avril 1909, les certificats sont unanimes : c'est une délirante systématisée chronique, hypocondriaque et persécutée.

Elle paraît amaigrie. Les yeux sont cernés, les traits tirés, le teint terreux et subictérique. Elle souffre d'insomnies. Au sommet droit, en arrière, s'entendent des frottements pleuraux inconstants. Or, en 1895, elle a été très malade de la poitrine; elle a eu, en outre, d'abondantes métrorragies et son état a nécessité un repos de six semaines à la campagne. En octobre 1899, ses métrorragies l'ont reprise; elle a été soignée à l'Hôtel-Dieu et soumise à un curettage; cette fois encore elle a dû aller passer quelque temps dans sa famille. En 1890 elle avait accouché à terme d'un enfant qui est mort à trois mois de convulsions. Actuellement la constipation est habituelle. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La pression exercée sur un point quelconque du tronc est douloureusement perçue.

En son ensemble l'état somatique n'est évidemment pas satisfaisant. Mais jusqu'à quel point n'est-il pas, pour une part, l'effet plutôt que la cause des inquiétudes délirantes que nous allons rapporter? En tous cas les troubles et les douleurs que signale la malade dépassent de beaucoup, par leur intensité et leur diffusion, ce que le déficit organique permettrait d'attendre.

Elle éprouve d'abord des malaises, que tantôt elle compare à ceux que ressentait sa mère, morte de tuberculose à cinquante-deux ans, tantôt elle rattache à son excitation et à son énervement. Son front, sa tête, ses gencives, sa nuque, sa gorge, ses bras, son dos, sa poitrine, ses reins, son ventre, ses articulations, ses genoux, ses pieds, ses chevilles sont douloureux. Elle a mal à l'estomac et ne digère pas. Elle se plaint de battements de cœur, de palpitations, d'étouffements, d'étourdissements, de tremblements intérieurs. Sa faiblesse est générale. Elle se fatigue même d'être assise; son côté et son genou gauches sont très faibles. Et naturellement, pour traduire un tel ensemble de troubles, images et comparaisons vont leur train : elle sent comme une pression sur sa nuque; elle éprouve une sorte de congestion intérieure; sa tête s'en va; on dirait des pointes qui entrent dans sa tête, des picotements d'aiguilles qui irritent ses gencives; ses yeux se retirent; une glacière, posée sur son crâne, semble la pénétrer intérieurement; sur sa poitrine et son estomac on croirait qu'il coule de la glace ou du feu; il lui semble que son corps se disloque. Jusqu'ici rien ou à peu près qui dépasse le langage habituel des cénesthopathes.

Mais nombre d'images se font plus hardies et tendent à perdre de plus en plus leur caractère métaphorique. Il lui semble qu'elle est coiffée comme autrefois et que ses anciens peignes, ses anciennes épingles l'électrisent. Il faudrait lui couper les cheveux pour la préserver des maux de tête. On dirait qu'on lui arrache les hanches. On lui retire les entrailles du ventre. Elle a mal au dos comme un soldat qui porte le sac. En se réveillant, elle se sent harassée de fatigue, comme si elle avait passé la nuit à rôder je ne sais où. Un jour qu'elle déjeunait avec son beau-frère, il lui a semblé sentir les mains de celui-ci lui comprimer l'estomac et elle n'a pu digérer. Une autre fois elle a vu ce même beau-frère tourner une roue et, depuis, elle sent cette roue tourner dans son ventre. Elle ne porte plus ni bagues ni

boucles d'oreille et éprouve, cependant, la même sensation que si elle en portait. Ses pieds sont tordus, elle ne sait plus marcher. Elle ne tourne plus les yeux ni la tête aussi facilement qu'autrefois. Elle se sent si fatiguée, si lasse, si lourde qu'elle n'a plus la force de rien porter, qu'elle ne peut plus sortir dans la rue, ni rien acheter, ni rien faire chez elle : elle est, pour ainsi dire, chargée de quelqu'un. Sa cervelle et son corps se sont vidés. Elle a une maladie nerveuse qui tient à son lever et à son coucher.

De ces dires de la malade la plupart ne deviendront pleinement intelligibles qu'à la lumière de ce qui va suivre. Ici la poussée morbide quitte progressivement le terrain de la constatation pure et de la description imagée pour s'engager dans trois directions délirantes déterminées. Idées de négation, de possession et de persécution ne sont pas des éléments hétérogènes qu'elle s'annexe, mais des ramifications entre lesquelles elle se distribue. Un délire ne se combine pas comme un composé chimique. Il se développe comme un organisme. Tout à l'heure nous tenions l'œuf du délire. En voici maintenant l'embryon. Cet embryon est comme tous les autres : on ne peut dire, au stade où nous sommes, ce qu'il donnera dans la suite. L'embryon physiologique, avant de venir à maturité, sème, pour ainsi dire, sur sa route la longue série des types spécifiques voisins, comme autant de renoncements aux possibilités initiales, comme autant d'avortements nécessaires à la finale organisation. De même un délire n'atteint tout son développement qu'en étouffant sur sa route les thèmes délirants qui entraient en concurrence avec lui. Mais de même encore qu'il naît des jumeaux, il peut y avoir des délires gémellés. En un sens on peut même dire que telle est la règle. Car du délire avorté il reste le plus souvent une sorte d'inclusion fœtale, reconnaissable aux légères saillies qu'elle dessine sous le trouble mental essentiel. Mais il se rencontre aussi que les deux délires arrivent également à maturité, la poussée délirante n'ayant pu se déterminer à se porter exclusivement

sur l'un d'eux ou ayant été assez forte pour les nourrir tous les deux à la fois. C'est le cas de notre malade. Entre les idées de possession et les idées de persécution, seules les idées de négation<sup>1</sup> vont avorter ou à peu près. Mais nous saisissons ici le stade commun à ces trois thèmes déli-rants, où le sentiment confus et implicite d'un changement profond de la vie physique et morale tend à s'objectiver en des causes multiples, entre lesquelles l'avenir fera un choix.

Arrêtons-nous d'abord aux idées de possession. Elles se relient étroitement aux douleurs éprouvées par la malade. Elles sont donc essentiellement des idées de possession physique, sans, cependant, que toute idée de possession psychique soit absente. On y distingue d'abord un groupe organique ou statique : elle n'a plus son nez, son front, sa tête, son cœur à soi. Mais ce groupe le cède de beaucoup en importance au groupe fonctionnel ou dynamique : elle est gênée dans ses mouvements, elle a perdu sa facilité de travail, elle n'a plus ses mouvements à sa personne, elle n'a plus sa respiration à soi ; elle n'a plus les mouvements qu'elle avait dans les doigts : ils se plient et se raidissent malgré elle ; elle n'a plus sa marche à elle, elle l'a perdue ; c'est que sa vie de travail ne lui appartient plus. A force de vivre avec les personnes on prend des habitudes qu'il est difficile de perdre. Elle sent dans ses mouvements les personnes avec lesquelles elle a vécu. Le font-elles exprès ? Il lui arrive de dire qu'elle n'en sait rien ; mais elle voudrait bien que ces personnes pussent s'effacer de sa « petite personne ». Cette sympathie ne se limite pas aux seuls mouvements, car Emma sent les « symptômes » des personnes chez qui elle était ; ne s'exerce pas en un seul sens, car ces personnes peuvent sentir la malade dans leurs mouvements ; et ne fait pas qu'une seule victime, car la malade, à la fois, n'est plus

1. Les idées de négation ne s'affirment guère qu'une fois à l'état pur et ne rencontrent pas d'écho : Emma, qui sent très bien quand on la pique, trouve la piqure régulière à droite, mais « morne » à gauche.

dans sa famille et se sent dans sa famille dans un grand état de faiblesse.

Les personnes qui la possèdent ainsi sont toutes ou presque toutes ses anciennes patronnes. C'est à elles qu'elle en a essentiellement sur ce point : elle a voulu être maîtresse de soi contre ses maîtres, c'est un viol, une commission qui a été faite. Rien de plus ferme et de plus net, en apparence, dans son esprit. Jamais, par exemple, sa famille ne s'est présentée à sa personne, jamais elle n'a senti en elle se mouvoir son frère ou sa sœur. Mais la seule fois qu'elle dénonce une idée de possession psychique, elle incrimine un de ses parents : « Ce n'est pas mon esprit qui est dans ma tête, nous dit-elle, c'est celui de mon oncle ». D'autre part, depuis le déjeuner dont nous avons déjà relaté un incident, quand elle parle, quand elle mange, il lui semble que ce n'est pas elle, mais son beau-frère, qui fait remuer sa mâchoire. Donc les cadres que la pensée morbide se construit ne sont pas pour elle des limites infranchissables, soit qu'elle les ait franchis, pour ainsi dire, avant de les constituer, soit qu'elle soit indifférente aux difficultés qu'il y a à n'en pas tenir compte, une fois qu'ils sont établis.

La multiplicité des personnes qui la possèdent a quelque chose de déconcertant. C'est surtout M<sup>mes</sup> D... et Y... qui lui prennent sa marche. Elle a sa tête gênée dans toute la famille Y... et elle sent M<sup>me</sup> Y... dans sa tête et dans son cœur. Si c'est à la nuque, elle sent M<sup>lle</sup> Y... C'est surtout avec M<sup>lle</sup> R... qu'elle a perdu sa marche : elle a senti M<sup>me</sup> R... lui marcher dans les jambes. Dès les premiers jours, chez M<sup>me</sup> R..., elle s'est sentie effondrée, écroulée ; elle se trouvait gênée à son lever ; elle n'avait plus sa facilité, son aisance d'auparavant. Elle sent dans sa marche les douleurs de M<sup>mo</sup> A... (nom dont la première syllabe est la même que pour celui de son mari), qui est une demoiselle F... (ici un mystère impénétrable : il n'a jamais été possible de savoir quelle importance avait pour Emma le nom de jeune fille de M<sup>me</sup> A...). Voilà donc au moins six personnes dont elle dis-



tingue la présence. Seules les déterminations topographiques, au nom desquelles elle semble en partie reconnaître à qui elle a affaire, sont à peu près intelligibles pour nous. Mais, en marchant, comment et à quel signe se rend-elle compte qu'elle est aux prises plutôt avec l'une qu'avec l'autre? Nous n'avons pu obtenir l'ombre d'un éclaircissement sur ce point. Devant l'évidence d'un fait qui ne souffre pas de démenti et qui lui est aussi clair que le jour, elle ne sent aucun besoin de preuves. Elle est au fond aussi déconcertée de nos questions que nous le serions, si quelqu'un affirmait ne pas voir notre encrier sur notre table et prétendait exiger de nous que nous lui démontrions qu'il y est : nous aurions vite fait de l'accuser de mauvaise foi. Elle est installée dans son délire tout comme nous dans notre perception. Il lui en tient lieu, pourrait-on dire, et se justifie de la même manière à ses yeux, parce que sa conscience s'y promène avec la même directe familiarité que les nôtres font dans leurs représentations.

A cette multiplicité des agents répond une multiplicité au moins égale des moyens de possession. Mais tous ont, en revanche, un caractère commun : celui de traduire une participation mystique incomplètement représentable en termes logiques. Enumérons-les :

1. Depuis le jour où elle a lavé les gants de sa patronne à l'essence de térébenthine en s'en gantant elle-même, ses mains ne sont plus à elle. Il lui semble que ce sont les mains de sa patronne qui sont dans les siennes.

2. Comme pour toute femme de chambre un de ses petits profits était les robes que lui donnaient ses maîtresses. Quand elle porte une robe ainsi usagée, il lui semble qu'elle ne marche plus de sa propre marche : elle éprouve des gonflements, des étouffements, des vertiges. M<sup>me</sup> Y... lui a donné un costume de deuil qu'elle portait le jour où elle s'est présentée chez M<sup>me</sup> R... : un inextricable enchevêtrement d'impressions s'est alors produit. Chaque fois qu'elle met cette robe, elle est perdue dedans.

3. Au niveau de la taille et des épaules elle éprouve de la gêne. Elle n'a pas de corset; il lui semble en avoir un. C'est que dans son métier elle a vu beaucoup de femmes en corset et ce n'est pas son corset qu'elle sent, mais celui des autres.

4. La fille d'une de ses patronnes souffrait de troubles gastro-intestinaux. Elle l'a accompagnée chez le Dr Hutinel. Depuis elle a rencontré une fois M. Hutinel. Conséquence : grand malaise dans le ventre relevant d'une maladie de vessie, dont la réalité lui est démontrée par l'aspect trouble de ses urines.

5. Elle a toujours été très propre et très soigneuse de sa « petite personne ». Mais, depuis le jour où dans la chambre de sa patronne elle a vu un feu de cheminée, elle sent son corps couvert de « crasse ».

6. Elle perd ses forces au fur et à mesure que les enfants de M<sup>me</sup> A... grandissent. Et cette affirmation vient prendre place au milieu de déclarations plus mystérieuses encore et plus générales : sa force, c'était la force de maintien de la jeunesse; le point de départ, c'est la jeunesse, ce qui nous reste de vie.

7. D'après son acte de naissance, son prénom est Enma. Dans sa famille on l'a toujours appelée Emmeline. M<sup>me</sup> Y... a voulu l'appeler Emma. Sa tête a été gênée.

Cette liste serait incomplète, si nous ne rappelions l'action exercée sur elle par M<sup>me</sup> A..., dont le nom commence comme celui de son mari, et les circonstances dans lesquelles elle a reconnu que son beau-frère agissait sur elle.

Donc, pour Emma, un système toujours plus large d'influences que notre intelligence a peine à objectiver, parcourent la réalité en y opérant leurs effets. Ces influences ne sont pas seulement contradictoires à notre expérience; elles échappent aux interprétations que nous serions tentés d'en donner. Si, prenant, par exemple, le chapitre des robes, nous essayions de comprendre le rôle que leur attribue la malade en mettant l'accent sur les formes que les vêtements em-

pruntent aux corps qu'ils revêtent, sur les plis qu'y impriment les mouvements familiers, elle renverse d'un mot notre château de cartes en attribuant l'ensemble de ses maux à la seule robe qu'elle se soit jamais faite : sa robe de mariée. Ici plus moyen d'invoquer un mécanisme uniforme et de souligner l'identité de la cause. Entre l'action des robes de ses patronnes et celle de sa robe de mariée existe une sorte de contradiction implicite à laquelle notre malade reste indifférente. Les influences dont elle affirme les effets opèrent donc non seulement contradictoirement à notre expérience, mais encore, pour ainsi dire, contradictoirement à elles-mêmes : elles se multiplient et s'opposent sans pour cela se nier. La chose leur est d'autant plus facile qu'à la limite plus rien ne subsiste, dans les termes qu'elles rapprochent, qui nous permette d'en entrevoir le lien. Pourquoi la malade perd-elle ses forces, cependant que les enfants de M<sup>me</sup> A..., et ceux-là seuls, grandissent? Toute tentative d'explication substituerait un syllogisme compliqué et hypothétique à l'indissoluble spontanéité de l'affirmation qui nous est offerte. Si jamais syllogisme se construisait, il viendrait après et non pas avant la conviction dont il formulerait la preuve. Une telle pensée n'est dialectique que par accident et par sa rencontre avec la nôtre.

Toujours est-il que nous sommes en présence d'un vaste délire de possession fonctionnelle et d'influence physique, au sein duquel nous avons constaté l'existence de nombreuses inclusions délirantes : délire de possession organique, délire de possession psychique, délire d'influence réciproque. En certains points même s'observent de véritables intrications délirantes, dont il est à peu près impossible de dire à quel groupe clinique elles appartiennent et qui révèlent ainsi l'homogénéité primitive et fondamentale du processus morbide. La malade dit, par exemple, ne plus avoir ses yeux à soi (idées de possession organique) ; ils se retirent, ils sont pourris, ils ont été brûlés par l'électricité (idées de transformation et de négation) ; ils ne voient plus

comme avant (ébauche de transformation du monde extérieur); auparavant ses yeux étaient grands, clairs, brillants, limpides, son patron D... lui en a un jour fait compliment devant sa femme dont la jalousie a été ainsi excitée; depuis elle ne voit plus avec ses yeux, mais avec ceux de M<sup>me</sup> D... (idée de possession fonctionnelle). Voilà donc un thème délirant, tout d'une venue, qu'il ne nous serait possible de définir qu'en le dénaturant, qu'en donnant pour développement synthétique et enrichissements successifs ce qui est, sans doute, uniquement l'effet de la rencontre d'un seul et même état psychique avec différentes positions de l'expression discursive, entre lesquelles la malade ne choisit pas, mais qu'elle aligne, pour que la multiplicité des traductions supplée à leur insuffisance.

Ailleurs Emma dit que son mari n'a plus la même voix et les mêmes gestes (idées de transformation du monde extérieur), il est changé, il n'est plus le même. Il porte le prénom de son père, donc, « du point de vue de son neveu, il est son grand-père »<sup>1</sup>. Or nous avons vu, tout à l'heure, les prénoms jouer un rôle dans la possession physique. Elle ajoute qu'elle se sent gênée devant son mari et qu'il est gêné devant elle. Or le terme gêne est fréquemment employé par elle pour traduire l'effet de la possession physique. Nous voyons donc s'affronter ici, d'une part, les idées de transformation du monde extérieur, d'autre part, les idées de possession qui de la malade s'étendent à son entourage. Mais, encore une fois, c'est nous qui, envisageant le thème morbide d'abord d'un point de vue, puis de l'autre, parlons successivement de transformation et de possession; car le thème morbide lui-même n'est en réalité ni l'un ni l'autre, étant les deux à la fois. Ici, comme tout à l'heure, la discontinuité de nos catégories fausse le processus morbide, en en rompant précisément l'essentielle continuité. Il semble donc que la nature apparente d'un délire tienne moins au pro-

1. C'est-à-dire : il est, en un sens, le grand-père de son neveu.

cessus morbide dont il est issu qu'à l'expression discursive qu'il rencontre, à laquelle il adhère et dans laquelle il cristallise. Ainsi le musicien compose sa mélodie par une combinaison de thèmes parmi lesquels s'installe un leitmotiv fondamental, dont le rappel permanent fixe, pour ainsi dire, l'unité de l'inspiration initiale, qui, cependant, a aussi engendré tous les autres.

Passons maintenant aux idées de persécution. Emma avoue sa défiance et sa susceptibilité croissantes : elle ne peut rien supporter, un rien lui porte ombrage, elle ne peut s'en rapporter qu'à elle-même, sous peine de passer pour folle. Sur un tel état d'esprit se greffent trois directions délirantes. Elle en veut essentiellement à la famille de son mari qui est la cause de tous ses malheurs, de toutes ses douleurs, de tous ses ennuis. Son mariage est la cause de tout. Elle en a surtout à son beau-frère, qui lui a empoisonné le sang, et à son mari, qui est responsable de tous ses maux et auquel elle reproche volontiers d'être un coureur. La faute n'en est pas à lui seul. M<sup>me</sup> R... le débauchait et l'empêchait de travailler; elle lui a adressé à ce sujet nombre de lettres d'injures. Du reste, comme les certificats délivrés aux domestiques en témoignent, des correspondances s'établissent de maître à maître, qui ne tournent pas toujours à votre avantage. Enfin tous les gens qu'elle a rencontrés lui ont fait du mal et c'est une triste affaire de vengeance et de malpropreté que son premier internement (mars 1906). Ainsi, parmi ses persécuteurs, son mari et la famille de son mari occupent la première place. Puis viennent ses patrons et, à l'arrière-plan, la masse de ses relations. Plus le nombre des persécuteurs s'étend, plus leur rôle s'efface, moins, bien entendu, elle s'occupe de preuves. La justification, à peine indiquée pour son mari et son beau-frère, est, en dernier lieu, tout à fait absente.

Mais, ici encore, la distinction des idées de possession et des idées de persécution est plus commode qu'effective. Les modifications de son caractère tiennent à ce qu'elle a



perdu sa force morale tout comme sa vigueur physique d'autrefois. Nous savons déjà ce qu'elle entend par être gênée. Or c'est cette gêne qui date de son mariage, dont nous avons vu qu'il était la cause de tout. Ici encore va se réaliser, entre les deux idées qui, dans notre esprit, s'associent sans se confondre, de gêne physique et de gêne morale, une indissoluble unité qui permettra à la malade de glisser, sans rencontrer d'inhibition logique, d'un bout à l'autre de ce nouveau concept. Dans la famille de son mari elle s'est sentie gênée et, de cette gêne, elle donne des explications mystérieuses où il est question de travail et de rapport. Elle n'a sympathisé avec eux ni de genre de vie ni de travail : ce sont des paysans, elle a vécu la vie des villes. Ils ont cherché à savoir trop de choses, alors qu'il est des secrets qui ne regardent personne. Elle est franche : ce sont personnes qui se dédisent, qui n'ont pas de sentiments vrais. Voilà des malentendus qui engendrent naturellement une certaine gêne morale. Mais elle voulait vivre tranquille, être sa maîtresse et ils ont prétendu pénétrer sa vie de travail, avoir le dessus de sa personne : nous devinons ici ce que parler veut dire ; nous brûlons, tellement nous sommes près des idées de possession physique, si déjà nous n'y touchons pas. Nous voilà donc dans la gêne physique. De même pour son beau-frère. Nous savons déjà l'étrange pouvoir qu'il a sur elle, d'où un malaise qu'il faut bien admettre physique. Elle lui doit encore la grippe qu'elle a eue en février, car elle a entendu dire qu'il voulait faire une spéculation sur sa famille. Au reste il n'est peut-être pas très franc de sa personne. Quand ils sont en présence, il est gêné dans sa physionomie comme elle, dans la sienne. Et nous semblons retomber dans la gêne morale. De son mari nous savons déjà les changements qu'elle a constatés en lui, et qu'elle le trouve gêné devant elle, comme elle est gênée devant lui. Elle ajoute que, toute sa vie, il a été gêné par ses sœurs, qu'il est tenu de sa mère. Il est malheureux de toute sa personne, malheureux vis-à-vis d'elle,

malheureux de sa famille. Il a son rapport de travail, elle a le sien. Il n'aura jamais de femme à lui, tant qu'il ne se rendra pas à M<sup>me</sup> A..., « pour avoir été offensé dans sa famille » (est-ce d'elle ou de lui qu'il s'agit ? Impossible de le déterminer). Elle ne veut pas pénétrer dans les affaires de son mari pour ne pas voir des choses qu'elle ne voudrait pas voir. Ainsi partout une parfaite continuité se réalise de la gêne physique et des idées de possession à la gêne morale et aux idées de persécution, et cette continuité, se poursuivant encore de son mari à M<sup>me</sup> A..., réunit le second groupe de persécuteurs au premier. De ce second groupe, le groupe patronal, nous avons assez longuement exposé l'action essentiellement physique pour ne plus avoir à y revenir.

Mais, quelle que soit l'étroitesse des rapports qui unissent idées de possession et idées de persécution, ils n'ont rien d'analogue à un développement logique. Il semble, au contraire, que la pensée morbide, en empruntant la forme discursive, fasse un coude brusque et s'oriente dans une direction imprévisible à l'intelligence. Quels sont, en effet, les agents essentiels de la possession physique ? Les patronnes de la malade et, bien loin, à l'arrière-plan, les parents, principalement le frère, de son mari. Le mari, de ce point de vue, est bien plutôt victime que complice. Mais, en revanche, les persécuteurs se recrutent, avant tout, dans la famille du mari et le mari lui-même n'est pas le moins coupable. Les patrons maintenant jouent un rôle tout secondaire. La situation est véritablement paradoxale. Nous saisissons une sorte de continuité intime entre les idées de possession et les idées de persécution, quand, pour ainsi dire, nous les regardons du dedans et avant qu'elles ne s'épanouissent, mais, vues du dehors et conçues comme parties d'un système, d'une représentation objective des choses, elles se trouvent ne plus se rejoindre. Elles sont en quelque manière inconciliables et contradictoires : les proportions en sont inversées. C'est comme une tragédie où les héros du premier acte de-

viendraient les comparses du second. De telles tragédies existent, mais Aristote les condamne parce qu'elles manquent d'unité.

Ici donc à l'unité sensible de la poussée morbide correspond la dualité évidente de son développement discursif. Nées d'un fond morbide commun, nourries d'une sève commune, la gêne physico-morale, constamment sentie et soufferte, complexe pathogène initial, les idées de possession et de persécution se sont développées indépendamment les unes des autres. Sans doute elles n'ont pas eu la même fortune et les idées de possession sont beaucoup plus importantes et plus riches que les idées de persécution. Mais tout ce qu'on peut dire de ces dernières, c'est qu'elles ont subi un arrêt relatif de développement; car elles se sont suffisamment organisées pour créer à la pensée conceptuelle les difficultés que nous avons vues et rendre, au moins actuellement, impossible, malgré les raccords qui s'essayaient, l'établissement d'un système cohérent, dans l'unité dialectique duquel se reconstituerait l'unité primitive du processus fondamental. Dans ses tentatives pour s'intellectualiser, nous voyons donc successivement la pensée morbide tantôt se débattre, pour ainsi dire, dans sa complexité initiale sans arriver à s'en dégager, tantôt s'en dégager, mais par des voies si diverses qu'il n'est plus, dans le champ de la conscience, de chemin de traverse qui lui permette de se rejoindre et de se rassembler. Tout à l'heure nous hésitions à distinguer les diverses idées délirantes, tellement elles se recoupaient, et il nous semblait que nos distinctions et nos catégories apportaient dans le réel des divisions qu'il ne comporte point. Maintenant il nous apparaît que les processus logiques, par lesquels on prétend que les idées délirantes s'engendrent l'une l'autre, établissent entre elles des rapports que la réalité ne confirme pas. C'est, sans doute, que la pensée morbide ne se constitue point sur le modèle de la pensée normale et que partir de notre idéal d'organisation logique pour essayer

de la comprendre, c'est essayer précisément d'y introduire ce pour quoi elle n'est pas faite, ce à quoi elle s'oppose et ce par rapport à quoi elle s'affirme morbide, en s'y opposant et en s'y montrant irréductible. Rien, donc, d'étonnant que les cadres que nous avons construits pour elle, à l'image de notre pensée, ne lui conviennent pas et que lui répugnent également les raccords logiques que, selon le même système, nous essayons de réaliser.

Évidemment, depuis cinq ans qu'il dure, un tel état délirant s'est accompagné de multiples réactions. Nous n'en ferons pas l'historique, qui nous exposerait à trop de répétitions. Nous nous contenterons d'en souligner les traits généraux.

Au point de vue affectif Emma a présenté autrefois de véritables états d'anxiété phobique, déterminés par la crainte des malheurs qui la menaçaient. Actuellement elle se montre plutôt dédaigneuse, orgueilleuse, susceptible et agressive : une politesse affectée dissimule mal une irritation et une hostilité contenues. Elle exprime, avec une rapidité telle, des récriminations si difficilement intelligibles que, d'une longue conversation, il ne reste souvent qu'une impression auditive d'excitation hargneuse. Fréquemment les entretiens se terminent par une brusque fuite, véritable décharge motrice du mouvement affectif. Malgré toutes les précautions prises nous n'avons pu nous maintenir jusqu'au bout en bons termes avec la malade. En janvier 1909, lors d'une de nos dernières entrevues, elle entre dans la salle, l'œil dur et hostile. Nous l'invitons à s'asseoir : « Vous désirez que je m'asseoie en votre présence ; comme vous avez été très malhonnête à mon égard (profond salut), souffrez que je me retire », et, ce disant, elle opère une retraite précipitée. Or il y avait plusieurs semaines que nous ne nous étions entretenu avec elle. Ce besoin de fuite symbolise, pour ainsi dire, son attitude à l'égard de ses persécuteurs : si elle se rétablit, elle vivra à l'écart dans son pays.

Un état affectif d'anxiété et de colère s'accorde bien avec

l'état d'agitation contenue que nous constatons chez la malade dans le service : durant la conversation elle se frotte nerveusement les mains ; elle explique cette manie en disant que ce mouvement contribue à apaiser les impatiences qu'elle a dans les épaules. Elle ne contient pas sa seule agitation, elle contient aussi son délire : elle cherche à le dissimuler, déclare ne plus ressentir de malaises, sans pouvoir aller jusqu'à démentir ses convictions profondes.

Mais cette agitation n'est pas toujours contenue : dans le service Emma est désobéissante, autoritaire et violente. Sur-tout elle ne l'a pas toujours été : plus d'une fois, avec son mari ou les parents de son mari, la malade est allée aux injures et même aux coups, quitte à se jeter ensuite à genoux en demandant pardon et en déclarant qu'elle ne le fait pas exprès. Lors de son premier internement, en 1906, elle se levait la nuit, cassait tout, frottait les vitres avec du vinaigre, jetait tout ce qui lui tombait sous la main à la tête de son mari ; les yeux hagards, elle claquait des dents et criait à l'assassin, quand son mari essayait de la calmer : l'agitation motrice, absurde et violente, l'anxiété affective sont ici à leur comble. Entre temps, elle refuse de se lever, d'aller aux cabinets, parce qu'on lui arrache les entrailles, de sortir, parce qu'elle a peur que les gens ne lui fassent du mal, de travailler, parce qu'on lui prend les mains, parce qu'on se porte sur son travail, de fréquenter qui que ce soit, parce qu'elle ne veut avoir de familiarités avec personne. C'est ainsi qu'elle quitte sa place pour travailler chez elle à la couture. Mais elle renonce bientôt à raccommoder les amis de son mari, reporte leur linge chez la concierge, refuse de les recevoir, car ils lui en veulent : ce sont des gens qui ne sont pas à fréquenter et dont la conduite ne répond pas à la sienne, des intrigants dont elle n'a pas besoin chez elle. Elle empêche son mari de partir à la campagne avec ses patrons et nous l'avons vue écrire à son ancienne maîtresse, qui est encore celle de son mari, des lettres de sottises. Chez elle elle continue à faire son ménage et à s'occuper



de son mari. Mais, sitôt le déjeuner fait, elle se recouche. Sur la fin elle refuse de manger et de coucher avec son mari. Elle s'achète un lit. Elle mange seule, car elle est gênée quand elle mange devant lui. Elle s'en excuse auprès de lui, en prétextant qu'elle a faim plusieurs fois par jour et qu'elle mange à ses heures. Dans le service, n'ayant plus son ménage à faire, elle est absolument inactive, taciturne et solitaire. Elle n'a jamais fait de tentatives de suicide. Contre ses étouffements elle a pris dès le début l'habitude d'inhaler ou d'ingérer de l'éther : c'est sa seule réaction exclusivement hypocondriaque.

De ces réactions affectives et motrices il est bon de noter d'abord qu'elles marchent ici de pair avec le délire. Elles semblent lui être proportionnées. Mais n'oublions pas que cette proportionnalité n'est pas nécessaire. Il ne faut donc pas conclure de là, purement et simplement, que le délire, comme cause, produit les réactions, comme effets. Il est plus intéressant de remarquer que, de ces diverses réactions, il est extrêmement difficile de déterminer lesquelles précisément relèvent des idées de possession, lesquelles des idées de persécution. Lors même que la distinction est possible *a posteriori* et par un effort logique, la réalité en groupant les réactions dans des ensembles continus, en atténue sensiblement l'importance. A la variété de ses comportements Emma, comme nous tous, trouve des explications dans les préoccupations qui l'assiègent. Mais, comme chez nous tous, l'action naît de la vie psychique avant le processus discursif qui la soude à la pensée consciente. On peut donc supposer ici que c'est la poussée morbide tout entière qui se réalise en réactions motrices et qu'ensuite ces réactions, devenant conscientes, adhèrent secondairement à l'un des deux thèmes délirants.

Le délire d'Emma est déjà assez ancien pour avoir poussé en tous sens des prolongements dans son passé. Plus nous pénétrons dans ses souvenirs, plus nous nous heurtons à des invraisemblances. En 1894, raconte-t-elle, elle a veillé

une maîtresse malade qui lui aurait sauté à la gorge ; elle en est tombée malade. Antérieurement, dans une autre place, elle a été accusée d'avoir présenté à une des filles de la maison, pour s'essuyer la figure, une serviette-éponge qui avait servi à un tout autre usage. Sans doute ces anecdotes sont en soi vraisemblables ; elles le seraient même davantage, n'était la personne de qui nous les tenons. Car, dans son esprit, les méfaits de ses patrons jouent un tel rôle qu'on se demande, en présence de tels souvenirs, s'ils ne sont pas le transfert dans le passé des hostilités présentes. En tout cas ici la question reste insoluble. Nous ne saurons jamais jusqu'à quel point la malade déforme ces souvenirs pour le besoin de sa mentalité morbide.

Mais elle a une sœur aînée, âgée de quarante ans, qui est aliénée depuis sept ou huit ans ; elle a été internée trois ou quatre mois ; elle vit maintenant seule, au pays, aux frais du bureau de bienfaisance. A en croire Emma, sa sœur a eu un transport au cerveau, mais n'a jamais été folle : ce sont plutôt les personnes qui l'entourent qui n'ont pas toute leur raison. Sa sœur ne cesse d'entendre sa voix au téléphone ; or elle-même, chez M<sup>me</sup> Y., a été gênée par le téléphone, gêne qui doit être, croyons-nous, prise à la lettre : Emma a alors été importunée par les appels téléphoniques. Sa sœur n'est donc malade que par son intermédiaire, par la correspondance du travail. Le système d'influences que nous constatons à propos des idées de possession s'élargit donc encore dans le temps et dans l'espace : il englobe avec la malade sa famille tout entière. Car sa sœur n'est pas seule à être mêlée à ses malheurs. Sa mère elle aussi a bien souffert de son côté ; au moment où elle la portait, elle a eu une grosse émotion : un meurtre, sur lequel la malade est aussi prolixe qu'inintelligible, a été commis dans sa famille ; la conclusion seule est saisissable : tout ce qui lui est arrivé est le résultat de la vengeance de sa mère, c'est elle qui en supporte les conséquences.

Nous assistons donc à une sorte d'absorption de toute

la vie antérieure de la malade par son attitude mentale présente. En revivant notre passé nous l'éclairons de la connaissance des résultats auxquels il a abouti et nous introduisons ainsi, dans la représentation que nous nous en faisons, une cohérence rétroactive, que sans doute il n'a jamais eue. Nous l'avons vécu au jour le jour et nous le revivons comme s'il avait été vécu précisément pour nous amener à la minute présente. Ainsi fait Emma : elle accommode son passé à son présent et l'originalité morbide de l'un pénètre dans l'autre, chaque jour, plus profondément. Nous n'inférons donc pas notre identité personnelle de la similitude des états successifs par lesquels nous sommes passés ; bien au contraire, c'est cette similitude que nous inférons de notre identité personnelle et que nous reconstituons, pour ainsi dire, en modifiant convenablement notre passé, à chaque fois que se produit en nous une renaissance psychique assez profonde pour nécessiter semblable opération. Ce n'est donc pas, en un sens, la mémoire qui est à la source de l'identité, mais l'identité qui est à la source de la mémoire. Nous ne sommes pas ce que sont nos souvenirs ; ce sont nos souvenirs qui sont ce que nous sommes.

Notons encore, sans y insister, que la malade fait remonter ici sa maladie à sa naissance. Un autre jour elle l'attribuera au chagrin que lui a causé la mort de son père en 1902. En général, nous l'avons vu, elle incrimine son mariage. Trois causes entrent donc en concurrence pour expliquer un seul et unique effet. Où notre pensée verrait une difficulté inconciliable et une nécessité de faire un choix, Emma semble insensible à l'une et à l'autre.

Nous avons vu qu'Emma avait des antécédents collatéraux regrettables. Néanmoins, à ne considérer qu'elle-même, jusqu'à son mariage (1904), les troubles constitutionnels qu'elle a présentés sont évidemment fort légers. Sans doute elle a été très nerveuse et très sensible dans l'enfance, sans doute son intelligence a toujours été médiocre, sans doute elle a toujours été quelque peu romanesque et s'est enivrée,

des nuits entières, à la lecture de feuilletons, sans doute elle a eu quelques difficultés avec ses patrons. Mais, durant les premiers mois de son mariage, alors que le mal n'avait pas fait tous ses ravages, elle s'est montrée très travailleuse et très ordonnée, elle n'a jamais eu de discussions ni avec son mari ni avec leurs maîtres. Elle nous donne ainsi l'impression d'un feu qui a longtemps couvé sous la cendre, sans que la fumée qui le dénonçait ait eu sa netteté habituelle. La tare constitutionnelle est évidente, nous ne songeons pas à la nier. Mais en d'autres cas nous l'avons vue plus marquée, sans que cependant le désordre morbide ait été aussi considérable. Nous touchons ici, dans le domaine des causes et des effets, à un mystère relatif que nous ne sommes pas près de résoudre.

En tout cas, dans la prédisposition constitutionnelle, ce qui semble prédominer, selon la règle, c'est le déséquilibre affectif. Quand Emma nous quitte, non guérie, c'est encore la note affective qui résonne en dernier lieu. Après avoir professé qu'elle n'accepterait jamais personne dans son intérieur, qu'elle veut être sa maîtresse personnelle, qu'elle ne veut se laisser dominer que par les personnes qui ont autorité sur elle, qui ont plané sur son intérieur, qu'elle ne se rendra qu'à son tuteur personnel, qu'elle a écrit au comte de C., maire de son pays, tuteur des enfants orphelins, pour lui demander appui, toutes idées qui relèvent étroitement de son délire et ne nous apprennent rien de bien nouveau, elle résume la situation en déclarant que sa maladie est une chose pas ordinaire, est fatigante, humiliante, et plus d'une fois, au cours de son séjour, elle a ainsi caractérisé son état. Ce n'est donc pas une image passagère, mais une idée à laquelle elle tient.

Le mot maladie, dans sa bouche, demande à être interprété. Sans doute elle est fermement convaincue de n'être pas folle, de ne pas se tromper et d'être bien réellement victime des manœuvres qu'elle dénonce. De ce point de vue donc elle n'est aucunement malade. Mais les actes exercés

contre elle ont sur son système nerveux, sur sa santé générale, une influence néfaste, dont sa lassitude, sa faiblesse, ses douleurs multiples sont la meilleure démonstration. En ce sens elle est malade, a besoin de repos, de tranquillité et de soins. C'est pour cela qu'elle a demandé à entrer dans une maison de santé. Ce n'est pas sa faute si elle n'y a pas trouvé ce qu'elle cherchait, si les agissements de ses persécuteurs rendent tous les traitements inutiles. Mais en ce sens aussi sa maladie n'est pas chose ordinaire et il n'en reste pas moins curieux de la voir venir réclamer contre elle le secours des médecins. De telles démarches sont cependant fréquentes chez les paranoïaques, qui ont recours aussi bien aux médecins qu'aux autorités. A de tels malades, qui font la journalière expérience de pouvoirs mystérieux, notre causalité n'offre plus de sens. Ce qu'ils espèrent plus ou moins confusément du médecin, c'est la mise en œuvre de pouvoirs de même ordre, mais de sens inverse. Peut-être donc aurions-nous tort de porter au crédit de la raison d'Emma sa demande d'entrée à l'hôpital ; car la raison qui la guide est une bien étrange raison.

Les qualificatifs qu'elle trouve pour son état semblent plus intéressants. Sa maladie est fatigante, humiliante. Nous ressaisissons la même symbiose affective dont le mot gêne nous avait fait entrevoir l'existence : l'impression physique, l'impression morale se juxtaposent et s'affrontent. En même temps le délire, en se résumant non pas en concepts, mais en notations affectives, dénonce à nouveau le caractère secondaire de ses processus discursifs. A travers les sinuosités, les divergences et les contradictions de ses développements conceptuels il revient ici à son originale unité. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'en parcourant la série des idées de possession et des idées de persécution, en lesquelles il se traduit pour nous, une certaine transposition affective s'est produite, déterminée par les éléments en lesquels il s'est objectivé. Ailleurs, quand le délire fait moins nettement saillie sur le fond morbide initial, c'est à



la notion de mystère, qui est plus un sentiment qu'une idée, que nous avons vu les malades faire appel pour caractériser leur état. Ici le sentiment initial d'étrangeté a trop été élaboré par la poussée délirante pour conserver sa pureté originelle : le processus conceptuel, en le prolongeant, l'a transformé et, en lui assignant une cause, en a modifié le caractère affectif ; et ainsi la note affective primitive, irréductible d'abord aux émotions connues et classées, au contact des actions étrangères qui lui sont imputées comme causes, retrouve partiellement sa place dans nos cadres et devient sentiment d'humiliation. Nous touchons ici à une des difficultés de la discussion sur le fondement affectif ou intellectuel des délires systématisés. Car l'émotion, dont il est le plus souvent question, est une émotion élaborée, déjà intellectualisée par conséquent, et qui, dans ces conditions, est dite primitive, moins en considération de ses qualités propres que par un obscur sentiment de réalités psychiques que nous sommes à peu près impuissants à atteindre directement.

---

## VI

### OBSERVATION VI

#### FERNANDE

Les certificats, tant de placement et de quinzaine qu'immédiat, concernant Fernande, âgée de trente-six ans, de profession mal définie, qui est entrée dans le service en octobre 1907 et en est sortie en décembre 1911, s'accordent pour constater chez elle un état de dépression mélancolique avec réactions anxieuses, préoccupations hypocondriaques, idées délirantes de négations d'organes et troubles profonds de la cénesthésie. Nous aurons occasion de constater que le délire de la malade est en réalité beaucoup plus riche et beaucoup plus complexe, mais ces certificats ont leur importance en fixant un moment de son évolution et en en précisant le mouvement initial.

La mère de la malade, qui a maintenant autour de quatre-vingts ans, est bien portante. Son père, quelque peu nerveux et éthylique, est mort subitement, à trente-six ans, d'un « anévrisme au cœur » ou d'une « congestion par le froid ». Sur ce point Fernande est beaucoup moins fixée que sa mère, qui s'en tient fermement à la première hypothèse. La constatation n'est pas, nous le verrons, sans intérêt, vu l'importance que le cœur a joué dans la genèse des troubles morbides présentés par notre malade. Elle a deux frères bien portants. Mais sa sœur aînée, âgée de trente-huit ans, à la suite d'une fausse couche, a été « neurasthénique » pendant cinq mois environ : elle est épicière et avait l'idée fixe que son commerce ne marchait plus, qu'elle allait se

trouver dans l'impossibilité de nourrir ses enfants. Cette sœur a toujours été extrêmement nerveuse : étant jeune, pour la moindre chute, elle se trouvait « censé mal ».

De la vie antérieure de la malade il est à peu près impossible de rien dire de positif. La mère ne semble en savoir que ce que sa fille a bien voulu lui en laisser connaître et, quant à Fernande, elle donne de son passé deux récits complètement contradictoires, à deux ou trois incidents près auxquels elle s'attache inébranlablement. Le premier récit nous la montre successivement femme de chambre, puis contre-maitresse dans une usine, parvenant, à force de travail, d'énergie et de conduite, à se faire une belle situation et à gagner largement sa vie. Le second nous introduit dans les music-halls, puis dans les maisons de rendez-vous les mieux achalandées de Paris. Après y avoir longtemps payé de sa personne à la satisfaction générale, l'héroïne, promue sous-maitresse, ne consacre plus désormais son temps qu'à organiser le plaisir d'autrui. Mais, actrice ou régisseuse, elle se fait également bien venir dans le meilleur monde et y acquiert les plus brillantes relations. La seconde confession est venue assez longtemps après la première. Fernande a spontanément avoué nous avoir menti, puis nous a annoncé la vérité : sur le premier point il n'y a pas lieu de ne pas l'en croire sur parole ; sur le second il convient d'être plus sceptique. Si elle dit vrai, la moderne Babylone a, en effet, bien usurpé sa réputation et les amateurs les plus généreux s'y montrent bien modestes dans leurs exigences : ou Fernande a imaginé son récit de toutes pièces ou, par vanité professionnelle, elle a donné pour carrière d'étoile les humbles tournées d'une simple marcheuse. Elle ment donc, sans doute, la seconde fois comme la première. Sur son passé elle ne veut ou ne peut dire la vérité. Il n'est pas sans intérêt qu'à notre premier contact avec elle nous nous heurtions à un mensonge.

Car, si nous ajoutons que nous possédons d'elle des lettres de deux types, les unes adressées à sa mère, sans style ni

orthographe, les autres, à nous adressées, d'une forme et d'une correction très satisfaisantes, il devient évident qu'elle entendait, par ses écrits comme par ses propos, nous tromper sur sa situation et sur sa culture, et il y aura donc lieu dans la suite de nous tenir en garde contre les explosions de cette mythomanie vaniteuse.

Les deux récits, avons-nous dit, se recoupent en quelques points. Le premier est une liaison déjà ancienne avec un industriel, auquel elle s'attacha profondément. Quand il la quitta pour se marier, elle en éprouva un grand chagrin ; mais, une fois consolée, elle ne vit plus en lui qu'un étranger. Car elle l'a revu depuis, et c'est ici que les invraisemblances commencent. Il était neurasthénique et elle l'a consolé et remonté : c'est peut-être lui, cependant, qui a déteint sur elle. Elle l'a réconcilié avec sa femme. Elle est entrée comme contre-maîtresse dans ses ateliers. Quand elle est tombée malade, il a offert dix mille francs pour la guérir. Elle parle toujours de lui comme d'un homme dont elle pourrait faire ce qu'elle voudrait, et cependant, malgré notre insistance, se refuse à nous mettre en rapport avec lui. Dernièrement, en août 1914, elle fait une sortie d'essai, revient un jour à l'hôpital, raconte qu'elle a revu cet ancien ami, qu'elle a déjeuné avec lui au restaurant, qu'il va l'installer dans son quartier ; elle laisse entrevoir que leurs anciennes relations vont reprendre. Puis elle rentre à l'hôpital pour la signature de la sortie définitive, change d'idée et ne veut plus entendre parler de liberté. Elle nous apporte alors, pour la première fois, une lettre de son hypothétique amant, écrite sur un papier assez singulier, puisque les feuilles en sont numérotées, contenue dans une enveloppe sans suscription aucune et également numérotée. Cette lettre, assez bien tournée, relate l'émotion qu'il a éprouvée en la revoyant, les projets d'avenir et de bonheur mutuel qu'il a formés sur le moment, mais rappelle les devoirs qu'en se mariant il a contractés vis-à-vis de sa femme et de ses enfants, et conclut à une rupture définitive. Mais rien ne

prouve, au contraire, que cette lettre n'est pas un artifice de la malade, qui sait que nous sommes partisan de sa sortie et qui nous enlève ainsi les arguments qu'elle craint de nous avoir fournis, lors de notre précédente conversation.

Il est un second fait commun aux deux récits qui semble, celui-là, authentique, au moins en ses lignes générales, car la mère s'en fait garant. Au moment de son entrée Fernande était liée depuis plusieurs années avec un ouvrier tailleur, avec lequel elle faisait bon ménage et qu'elle était sur le point d'épouser. Elle n'en a pas eu d'enfants et n'a pas fait de fausses couches. De la mère nous tenons également des détails précis sur les occupations de la malade avant son entrée : elle ne travaillait pas au dehors, faisait des ménages et tenait un garni. Fernande affirme qu'en outre elle se livrait à la prostitution : nous sommes mal documenté pour la contredire. Qu'on l'en croie ou non, il semble que nous touchions ici à un peu de bonne et simple réalité. Ce n'est vraiment pas dommage.

Jusqu'en l'été 1905, hors une scarlatine et une rougeole à huit ans, Fernande a toujours été bien portante. C'est à cette date que, sans savoir comment ni pourquoi, la maladie a débuté. Sans avoir aucune cause d'ennui, elle se sentit envahir par une crainte inexplicable qui lui faisait appréhender les moindres choses et le moindre incident. Son caractère s'était modifié; de gaie et enjouée, elle était devenue morose et irritable. Surexcitée et agitée, elle ne trouvait jamais son ménage bien fait, se levait tôt, se couchait fort tard. Elle avait des rêves voluptueux, cependant que les rapports réels, malgré son tempérament, la laissaient indifférente. Sa surexcitation s'accompagnait d'un inexplicable sentiment de fatigue. Elle consulte son médecin qui lui conseille la campagne. Elle part en Suisse, mais ne veut pas y rester. Au retour, elle a augmenté de dix livres et pèse 85 kilos, mais son moral est toujours aussi mauvais. Cependant elle peut se remettre au travail.



Durant l'hiver 1905-1906 elle vit dans un énervement terrible, travail, veille, sort beaucoup, fait quelques excès, à l'occasion, par exemple, du mariage d'un contre-maitre, en un mot elle se surmène. Sa gaieté par instants est exubérante et elle s'attire, par la hardiesse de ses toilettes et de ses propos, les observations de son ami marié, qui l'aurait en particulier amenée à un dîner de Labadens, où elle aurait par son entrain retenu l'attention de tous. Elle entreprenait mille choses sans avoir le temps de les finir. Mais elle ne se sentait pas, néanmoins, dans son état normal.

L'angoisse allait grandissant. Elle prenait peur à propos de rien. Le souvenir la hantait d'une amie morte brusquement chez elle d'une maladie de cœur, il y avait quatre ou cinq ans. L'idée fixe d'une maladie de cœur prenait forme dans son esprit. Tout l'impressionnait. Il suffisait d'un enterrement passant dans la rue pour lui donner des battements de cœur. Sa phobie de la mort était telle qu'elle en poussait parfois des cris. A l'atelier elle se disait : « Mon Dieu ! je ne sais pas ce qui va m'arriver, mais je pressens un malheur », et elle éprouvait en même temps une grande angoisse dont elle ne faisait confidence à personne. Cependant, à son patron, c'est-à-dire, à l'en croire, à son ancien ami, elle déclara un jour : « J'ai comme une idée fixe que je mourrai dans la rue ». Dès ce moment elle eut recours à plusieurs reprises au médecin qui était souvent appelé dans la maison.

Vers la fin de février 1906 elle éprouva un jour un froid glacial et un tremblement nerveux. Le soir même, dans le métropolitain, elle se trouva pâle et s'en effraya. Le lendemain il n'y paraissait plus. Mais nous sommes à la veille du drame dont cet incident est le prélude.

Le vendredi 6 mars 1906<sup>1</sup>, nous déclare Fernande avec

1. Deux autres fois elle dit ou écrit : le 8 mars 1905. 1905 peut passer pour un lapsus. 8 mars est moins explicable. Du reste, ni en 1905 ni en 1906, le 8 mars n'est tombé un vendredi. Le vendredi est donc un faux souvenir ou un artifice de la malade pour mieux nous convaincre de la véracité de ses dires par la minutie des détails.

une précision impressionnante, mais malencontreuse, puisque ce 6 mars fut un mardi, à 7 h. 1/2 du soir, en rentrant chez elle avant dîner, elle eut une syncope. Elle a senti « son cœur partir », comme si elle allait mourir. Elle a beau n'être jamais morte, elle s'en rend bien compte. Elle a crié : « Je meurs ! Je meurs ! » et a perdu connaissance. Son entourage a cru à une crise de nerfs, mais elle sait bien que c'était une crise cardiaque. Le témoignage de sa mère confirme à peu près le sien : il y aurait eu faiblesse extrême, mais non perte de connaissance complète. La mère prétend, par exemple, que, trois mois auparavant, un médecin consulté avait déjà parlé de syncope pour expliquer sa fatigue et ses faiblesses. Toujours est-il qu'aussitôt revenue de sa syncope, affolée, elle court chez le pharmacien, où elle est bientôt rejointe par son médecin habituel : il diagnostique une fausse angine de poitrine, qu'il attribue au tabac, car Fernande fumait quelques cigarettes. Elle prend le dictionnaire de médecine, qu'elle avait, comme par hasard, en sa possession, et y lit l'article correspondant, qui ne manque pas de la frapper. Elle a donc cru avoir une fausse angine de poitrine, comme elle a cru, du reste, avoir toutes les maladies. Elle se met à respirer du nitrite d'amyle, mais en trouve l'odeur affreuse et y renonce au bout de quelques jours. Le lendemain elle se sent angoissée, elle se rend néanmoins à son travail. Mais au retour il lui est impossible de prendre le métropolitain : il lui semble qu'elle y mourrait. Elle se décide à rentrer à pied. Elle éprouvait une douleur très vive dans la région précordiale. Au dire de sa mère les choses ne se seraient pas passées ainsi : Fernande n'aurait plus osé sortir et serait restée au lit, refusant de se lever, de s'habiller et de se nourrir. Mais la mère semble précipiter un peu le cours des événements.

Autre désaccord entre la mère et la malade : d'après la mère il n'y aurait plus eu d'autres syncopes. A en croire Fernande, le jeudi 12 mars 1906, date non moins inexacte que la précédente, elle aurait eu une nouvelle syncope qui,

cette fois, l'aurait laissée complètement anéantie. Là-dessus on lui fait des piqûres de morphine et elle prend un sirop à base de strychnine. Le dimanche, en allant aux courses, nouvelle syncope à la gare. Enfin, durant tout le mois de mars, elle a de nombreuses syncopes que provoque la peur : elle sentait le froid de la mort, son cœur s'arrêtait, le pouls remontait dans le bras gauche jusqu'au coude. C'est alors, d'après elle, qu'elle renonce définitivement au travail.

Elle reste ainsi chez elle jusqu'en juillet 1906. Livrée à elle-même, en proie aux pires préoccupations hypocondriaques, convaincue qu'elle est atteinte de toutes les maladies, en particulier affection cardiaque, alcoolisme, tuberculose <sup>1</sup>, elle voit une foule de médecins <sup>2</sup>. Elle pensait toujours que l'un d'eux lui découvrirait une maladie de cœur. Leurs dénégations ne la rassurent que momentanément. Mais elle ne tient aucun compte durable de ce qu'ils disent et ne suit pas leurs ordonnances. Son médecin habituel, ne sachant où donner de la tête, l'adresse à un professeur célèbre, qui ne s'occupe que de son estomac et lui impose un régime « absurde ». L'idée fixe d'une maladie de cœur qui pourrait l'emporter brutalement trouble toujours ses jours et ses nuits. Une fois, après des souffrances plus vives que d'habitude, elle tombe chez un Dr C., qui la déclare grande névropathe. Elle consulte son dictionnaire et se sent rassurée. Elle retourne à plusieurs reprises chez le Dr C. : c'était le médecin de ses rêves. Il la convainc qu'elle n'a rien. Elle sort de ses mains complètement guérie et se promène dans Paris comme si elle n'avait jamais pensé être malade. Mais malheureusement la guérison ne dure que deux jours : la peur de mourir dans la rue la reprend de plus belle, elle ne sort plus sans sa carte d'identité. Elle

1. Un médecin aurait dit un jour dans la salle à manger à son ami que son état tournait à la tuberculose : elle épiait les conversations de son ami avec les médecins.

2. Elle dépense beaucoup d'argent en consultations et en médicaments : tantôt 1.500 francs, tantôt 5.000, d'après sa mère ; 7.000 d'après elle.

revoit le Dr C., dont l'influence bienfaisante produit à nouveau son effet. Nul doute que le Dr C. n'ait eu une heureuse action sur elle, mais nul doute aussi qu'elle n'en parle si bien que pour pouvoir mieux dauber sur le compte du Dr B., qui va maintenant entrer en scène. Car c'est précisément à ce moment que, sur le conseil malencontreux d'une amie, alors que, sa gaieté étant un peu revenue, elle avait décidé de partir à la campagne, elle va consulter le Dr B.

Nous voici au quatrième acte, l'acte critique, de la tragédie qui se dénouera à la Salpêtrière. Il se passe à la clinique du Dr B., qui est devenu pour Fernande l'auteur de tous ses maux, le type du médecin ignorant, maladroit et malhonnête, sorte de traître romanesque et romantique.

D'après une note que le Dr B. a eu l'obligeance d'adresser à M. Deny, Fernande entra dans sa clinique dans les circonstances suivantes : elle vint à sa consultation le 6 juillet 1906, à trois heures, se plaignant de souffrir de douleurs précordiales, de palpitations et d'étouffements et d'avoir perpétuellement la crainte de mourir. Dans la salle d'attente la sœur la surprit en train de boire de l'éther, dont elle avait toujours un flacon sur elle. Son facies était pâle et amaigri. Elle pouvait à peine se tenir debout et semblait à chaque instant sur le point de s'évanouir. Le poulx est petit et fréquent. A l'auscultation les bruits du cœur sont sourds, au deuxième temps on constate un souffle un peu rude au niveau de la crosse aortique, mot que la malade entend pendant la dictée de l'observation. Elle ne présente rien de gynécologique. Vu le caractère de la clinique on lui conseille de s'adresser ailleurs. Mais elle supplie qu'on la garde quelques jours. Elle prétend n'avoir chez elle personne pour la soigner. Elle a gagné les sœurs à sa cause. Comme il y a un lit vacant, on l'accepte momentanément, à raison de dix francs par jour. Elle doit entrer le lendemain. En attendant elle est mise au régime lacté. Mais elle revient le soir même à six heures. Elle monte dans la chambre qui lui est destinée, se couche et refuse de partir. Elle ne cesse de

gémir et de se plaindre de ses douleurs cardiaques. On lui fait une piqûre de 5 milligrammes de morphine.

Écoutez maintenant Fernande. A deux reprises différentes, en février 1908, elle nous a écrit le récit de son entrée chez le D<sup>r</sup> B. Dans la première lettre elle dit : « J'arrive chez lui à trois heures de l'après-midi dans un petit appartement plus ou moins triste, où attendaient dans le salon trois ou quatre dames enceintes. Je fus introduite près du docteur auquel je dis simplement ceci : « Docteur, je souffre horriblement du côté gauche et je crains beaucoup d'être atteinte d'une maladie de cœur ». Il m'ausculta, analysa mes urines et me dit : « Vous avez plusieurs maladies. « D'abord vous êtes atteinte de cystite (pour moi c'était de l'hébreu). Quant à votre cœur il n'est pas fameux : vous avez une aortite syphilitique ». Je lui dis : « Cependant j'ai déjà vu plusieurs médecins qui m'ont dit n'avoir rien trouvé. — Eh bien ! si les autres ne vous ont rien trouvé, ce sont des ânes ! » Vous devez juger par là de l'effet que me produisit tout ce diagnostic. Il me proposa donc d'entrer dans sa clinique, chose que je fis sans difficultés ». Quelques jours après elle écrit sur le même sujet : « Le 8 juillet 1905<sup>1</sup> j'arrivai à la consultation du D<sup>r</sup> B., auquel j'expliquai mon éternelle histoire. Et voici, sans exagérer, ses propres paroles : « Si les docteurs consultés ne vous ont rien trouvé jusqu'à ce jour, eh bien ! sachez que vous avez une dilatation de l'aorte, autrement dit aortique » et ajoutant « syphilitique ». N'étant pas très ferrée sur les termes médicaux, je compris cependant le mot syphilitique. Je posai alors cette question au D<sup>r</sup> B. : « Mon Dieu, Monsieur, peut-on avoir la syphilis sans s'en douter ? Car je ne me crois aucun symptôme de cette maladie. Maintenant je l'aurais donc de naissance ». Je ne me préoccupai guère de cette dernière maladie. Le docteur me dit : « Je ne pourrai certainement pas vous guérir complètement,

1. Toujours le même lapsus déjà signalé : il faut lire 1906.



« car les lésions cardiaques, telles que la vôtre, ne se guérissent jamais. Je peux cependant améliorer votre état, « s'il vous est possible de rester quelque temps à ma clinique ». Comme vous pouvez le juger, j'acceptai très volontiers. Du reste le coup avait tellement porté que j'aurais été incapable d'aller plus loin. »

Donc, dans les premiers jours de juillet 1906, à trois heures, Fernande, très angoissée, s'est présentée à la consultation du Dr B., qui l'a examinée et lui a trouvé quelque chose au cœur. Là-dessus tout le monde est d'accord. Mais la malade ne dit pas un mot, au contraire, qui permette de supposer qu'elle ait, pour ainsi dire, forcé la porte de la clinique : autrement il n'y aurait plus ni exploitation ni charlatanisme. Nous sommes donc en présence, très probablement, d'une dissimulation concertée. D'autre part elle prête au Dr B. des propos d'une brutalité bien invraisemblable dans la bouche d'un médecin. Du reste les deux récits qui se donnent pour reproduire exactement les propos échangés sont difficilement superposables. La première lettre glisse sur l'aortite syphilitique et met au premier plan la grossièreté du Dr B. à l'égard de ses confrères : ne serait-elle pas destinée à nous aigrir contre lui ? La seconde, au contraire, ramène tout à l'aortite syphilitique. Or c'est le grand grief de Fernande contre le Dr B., car, d'après elle, c'est ce diagnostic erroné qui l'a perdue, en transformant sa neurasthénie en une maladie incurable. Mais ce diagnostic lui-même, tel qu'elle l'énonce, est terriblement invraisemblable : comment s'expliquer, en effet, qu'elle n'en ait retenu que ce qui intéressait le cœur et que, panophobique comme elle l'était, elle ne se soit pas autrement préoccupée de cette syphilis qu'on lui révélait brusquement ? Il semble qu'encore ici elle ait été poussée par le désir de charger le plus possible le Dr B. : elle a corsé le diagnostic au mieux de ses moyens.

Ainsi, entre les deux lettres, point d'unité logique, à proprement parler, mais grande unité affective, puisque c'est un même sentiment d'hostilité et de haine qui les anime et les fait

ce qu'elles sont. Du reste, ce qui n'est pas pour simplifier le problème, manifestement Fernande ne les pas écrites elle-même. Les a-t-elle dictées ? En a-t-elle simplement fourni le canevas à une compagne complaisante et, dans ce cas, quelle part faut-il y attribuer à l'imagination de la rédactrice ? Nous n'en saurons probablement jamais rien, car nous n'avons pas eu la naïveté de nous en informer : c'eût été sans profit nous exposer à nous brouiller avec la malade. Cependant dans la conversation elle revient volontiers sur son entrée chez le D<sup>r</sup> B. et lui impute, suivant l'occurrence, tantôt l'un tantôt l'autre des propos que nous avons rencontrés dans ses lettres : les formules en semblent maintenant stéréotypées. Nous étions donc en droit d'utiliser ces écrits.

Du séjour à la clinique voici, en résumé, ce que dit le D<sup>r</sup> B. : on la garde dix jours couchée, en la maintenant au régime lacté. On lui fait prendre, en outre, quelques paquets de bicarbonate de soude, car ses digestions sont mauvaises ; elle a du pyrosis et de la flatulence gastrique. Malgré ses supplications l'éther est supprimé. Quelques piqûres de morphine sont pratiquées, mais à dose très faible et plutôt à titre de suggestion. Manifestement, il s'agit d'une « hystérique <sup>1</sup> » avec dyspepsie aggravée par les médicaments et l'éther et avec une certaine incohérence dans les idées. Elle est loquace ou mélancolique alternativement, pleure, demande aux sœurs de prier avec elle, réclame des chapelets, fait venir un prêtre à plusieurs reprises, se déclarant sur le point de mourir. La visite de son ami, le dimanche, la trouble profondément. Elle ne dort pas. Au bout de la semaine l'état général est un peu amélioré, le souffle cardiaque a presque disparu. Elle est plus calme et dort assez bien. Elle sort de son plein gré le 16 juillet, en exprimant le regret de n'avoir pas les moyens de rester plus longtemps : elle tenait à

1. Le mot est du D<sup>r</sup> B. On verra suffisamment dans la suite qu'il s'agit ici de bien autre chose que d'une « hystérique » et que nos recherches, dont nous avons exclu l'hystérie, ne risquent pas de porter sur elle en oubliant de la nommer.

régler tous les soirs, bien qu'on lui eût dit qu'on ne payait qu'en sortant.

Fernande est à peu près d'accord avec le Dr B. sur le régime qu'elle suivit à la clinique. Sans doute elle substitue la poudre de charbon au bicarbonate de soude et passe sous silence ses appétits d'éther, mais elle reconnaît que B. lui a fait sur sa demande, pour combattre son insomnie, des piqûres de morphine si faibles qu'elles n'eurent pas de résultat. Elle ajoute, il est vrai, aux autres médicaments une potion de digitaline Mialhe; on en comprend assez la raison : c'est une manière de montrer qu'elle ne s'est point méprise sur la portée des déclarations du Dr B., puisqu'il y a conformé sa conduite. Mais tous les autres détails de son séjour à la clinique sont étrangement défigurés. « Vous devez comprendre l'effet désastreux de ce régime, lorsque le troisième jour, le docteur, faisant sa consultation, vint me voir naturellement et me dit que j'étais malheureusement bien prise et que ce genre de maladie, l'aortite, ne se guérissait pas, mais que cela passerait à l'état chronique avec beaucoup de soins et que je pourrais vivre encore très longtemps, mais qu'il était bon de mettre sa conscience en état. C'est de là qu'il fut convenu qu'il m'enverrait un prêtre, ce qui acheva d'aggraver encore mon état d'angoisse. Enfin, me voyant dans un tel état, mon ami alla trouver le Dr B. chez lui et voilà la réponse qu'il en obtint : « C'est une grande « malade. Elle ne pourra plus se livrer à aucun travail qu'à « des travaux d'aiguille peu fatigants et en suivant un « régime très strict, le régime végétarien ». Quelques jours plus tard, me voyant dans un tel état d'anéantissement, mon ami se décida à me faire sortir. Voyant que je changeais à vue d'œil, car je dois vous avouer que j'avais maigri d'une façon effrayante, mon ami avait d'abord essayé, en venant lui-même assister à la consultation du docteur, de me remonter le moral. Où je me rendis bien compte de l'effet que cherchait à obtenir le docteur, c'est

que, sitôt mon ami parti, il m'ausculta de nouveau et me dit : « Vous ne pouvez partir dans un état pareil, vous avez l'aorte qui siffle comme un chemin de fer ». Je lui répondis : « N'importe comment, puisque je suis condamnée, je préfère aller mourir chez moi ». Car je me rendais bien compte que cette contre-visite, effectuée sitôt après le départ de mon ami, détruisait tout le bienfait que les encourageantes paroles de celui-ci avaient produit ». Autre récit emprunté à la seconde lettre de février 1908 : « Je m'installai donc chez lui, qui avait trouvé ma maladie de cœur. Vous dire l'état dans lequel j'étais après la consultation est impossible à décrire. Un tremblement nerveux s'empara de moi, de sorte que je n'aurais pu articuler aucune parole et n'attendais plus que la mort pour me délivrer. « D'abord, avait-il ajouté, vous ne pourrez plus travailler qu'à des travaux peu fatigants et vous serez obligée de vous reposer très souvent ». Enfin je fis prévenir ma famille de venir me voir. On accourut chez le D<sup>r</sup> B. Il dit cependant que mon moral était très atteint et que, d'un autre côté, ma maladie était très grave. Deux jours après, comme je vous l'ai déjà dit, on fit venir un prêtre, ce qui acheva de me démoraliser complètement.... Enfin, me voyant dans un état de prostration complète, mon ami décida de me faire sortir. Le docteur me dit cependant le jour de mon départ : « Vous avez l'aorte qui siffle comme un chemin de fer. Vous devriez rester encore quelque temps ». Je ne tins aucun compte de son conseil ».

Ses conversations n'ajoutent pas grand'chose à ses lettres. Elle y revient toujours sur les mêmes événements. Elle répète qu'après l'avoir entretenu de ses affaires de conscience, le D<sup>r</sup> B. a fait venir un prêtre, contre l'intervention duquel elle a vivement protesté. Elle ajoute qu'elle est restée un mois chez le D<sup>r</sup> B., ce qui est faux, puisqu'elle n'y est demeurée que dix jours, mais ce qui lui permet d'affirmer, avec moins d'invéraisemblance,

qu'elle y a maigri de 52 livres. Le Dr B. ne lui parlait pas seulement d'aortite, mais de mort subite. Il se montrait brutal et inconséquent : « Qu'est-ce qu'une aortite? — Je ne suis pas là pour vous faire un cours de médecine ». Il a essayé de la plumer et c'est alors qu'elle donne comme démonstrative à cet égard la proposition de son ancien amant de payer 10.000 francs sa guérison. Elle affirme que B. lui a dit un jour : « Vous me faites suer avec la Salpêtrière », tandis que par ailleurs elle reconnaît n'en avoir entendu parler qu'au moment à peu près où elle y est entrée.

Ici encore entre les récits de Fernande existent des contradictions matérielles très importantes. C'est ainsi qu'elle donne certaines déclarations du Dr B., tantôt comme ayant été faites à son ami, tantôt comme lui ayant été adressées directement. Les circonstances dans lesquelles son aorte est comparée à un chemin de fer varient notablement d'une lettre à l'autre : elles sont beaucoup moins graves dans la seconde que dans la première. D'autre part, le Dr B. nous apprend qu'elle réclamait constamment l'assistance d'un prêtre, ce qui, vu le milieu dans lequel elle était transplantée et l'état dans lequel elle se trouvait, est extrêmement vraisemblable. A l'en croire, c'est le Dr B., au contraire, qui lui a imposé la visite d'un prêtre : on ne voit pas très bien un médecin usant d'un tel procédé contre la phobie de la mort subite. Ici donc, manifestement, dans l'esprit de Fernande les événements se sont transposés et ont, pour ainsi dire, changé de signe : les rôles se sont intervertis. Par conséquent son récit continue à manquer d'unité objective et logique ; mais une même poussée affective utilise toujours dans le même but la masse des matériaux que lui fournissent une mémoire et une imagination mal assouplies à se différencier et promptes à empiéter l'une sur l'autre. Une lettre de mars 1908 en témoigne suffisamment. « En vous disant de quelle façon j'ai été traitée chez lui, je suis loin d'avoir exagéré en quoi que ce soit et d'être hantée par



cette idée fixe qu'il est la cause de ma perte. Plus je reporte mon souvenir sur les journées horribles que j'ai passées chez lui, plus je me convaincs de l'horrible effet de mon séjour à cette clinique, car une foule de détails qui m'échappent, quand je fais le résumé de ma maladie, me reviennent avec d'affreux regrets, quand je me reporte malgré moi en arrière ».

Le 11 août, d'après le Dr B., la bonne de la malade vient à la clinique demander de sa part un remède contre l'insomnie : on lui délivre une ordonnance de véronal non renouvelable. Quelques jours après la bonne revient voir les sœurs et leur apprend que l'amant de la malade a quitté le domicile en emportant tous les meubles. Il semble que Fernande ait prévu cet abandon, car elle en avait parlé aux sœurs. Elle reste encore deux jours chez elle, couchant dans le lit qui lui reste et se nourrissant de lait. Le troisième jour, « regrettant de ne pas avoir les moyens de revenir à la « clinique », elle entre à Beaujon, où elle ne reste que trois jours, car elle s'y trouve mal soignée. Elle retourne en Auvergne, dans sa famille.

D'après Fernande, à sa sortie de la clinique, son état s'aggrave de jour en jour. « L'idée fixe du suicide ne me quitta plus. Voyant que je ne pouvais ni guérir ni travailler, l'avenir n'avait guère d'attrait pour moi » (seconde lettre de février 1908). Elle entre à Beaujon et y reste huit jours. On y vit bien que c'était nerveux, mais on ne l'envoya pas à la Salpêtrière et on lui conseilla la campagne. Elle va passer la fin de l'été et le commencement de l'automne en Auvergne dans sa famille. Mais malheureusement c'était trop tard. Elle revient à Paris et passe l'hiver 1906-1907 chez sa sœur et son beau-frère, sans sortir de son lit. Notons ici qu'elle dissimule tous ses rapports ultérieurs avec la clinique du Dr B. et ses regrets de n'avoir pu y rentrer. Elle ne dit rien non plus de ses mécomptes à Beaujon. Le passé s'organise conformément à la thèse.

Six mois environ après sa sortie de la clinique, selon le

D<sup>r</sup> B., elle arrive un soir à neuf heures avec sa sœur, profère des menaces contre les religieuses, demande l'adresse du D<sup>r</sup> B. et annonce qu'elle a un revolver dans sa poche pour tirer sur lui quand elle le rencontrera. Depuis qu'elle est à la Salpêtrière, elle écrit de temps en temps au D<sup>r</sup> B. des lettres d'injures et de menaces, déclarant qu'elle a été indignement exploitée à la clinique, où on lui a volé tout son argent et d'où on l'a jetée à la rue, quand elle n'a plus rien eu. Elle ajoute qu'elle est admirablement soignée à la Salpêtrière, où on s'occupe d'elle très sérieusement, que les médecins lui ont demandé « quel était l'âne qui avait pu lui trouver une aortite » et que le médecin-chef en entrant dans la salle dit à ses élèves en la voyant : « Tenez, voilà l'aortite système B. ». Elle annonce qu'elle va sortir prochainement et que sa première visite sera pour le D<sup>r</sup> B., auquel elle réserve un bon coup de revolver pour l'avoir indignement exploitée. Dans une autre lettre elle se plaint qu'on la retienne à la Salpêtrière, bien qu'elle soit tout à fait guérie, et attribue le fait à l'influence du D<sup>r</sup> B.; mais elle trouvera bien le moyen de sortir et saura lui faire expier toutes ses souffrances d'un coup.

Bien entendu, dans le service, où elle est entrée en passant par celui du professeur Déjerine, jamais les propos qu'elle rapporte au D<sup>r</sup> B. n'ont été tenus : ils constituent une preuve flagrante de son activité fabulatrice, car rien, non plus, n'a été dit devant elle qui pût s'interpréter dans ce sens, même en supposant l'interprétation la plus large possible. Elle ne nous a jamais dit un mot du scandale qu'elle a fait à la clinique B. ni des lettres que depuis son internement elle y a adressées. Mais elle ne dissimule aucunement ses sentiments ni ses projets à l'égard du D<sup>r</sup> B.. Même pour obtenir sa sortie elle se refuse à promettre de ne faire aucun ennui à notre confrère : elle consent à s'engager à tout sauf à cela. Elle reconnaît avoir eu l'idée fixe de l'assassiner : c'était vengeance et non folie. Elle a de justes raisons d'en vouloir au D<sup>r</sup> B.. C'est lui l'auteur de tout le mal :

« Comme je vous l'ai dit, Monsieur, nous écrit-elle en mars  
« 1908, je suis très peinée que vous n'ayez aucune confiance  
« en moi. Vous avez l'air de douter que ce soit M. B. à sa  
« clinique qui ait été la cause de ma perte et de mon état  
« actuel. Certainement j'étais déjà malade, mais je pouvais  
« travailler, puisque la veille d'entrer chez lui je m'occu-  
« pais encore et je sortais. (Ailleurs l'opposition se fera  
« plus éclatante encore : le 5 juillet je dansais dans un bal.  
« Le 8 le D<sup>r</sup> B. me donnait perdue.) Vous devez vous rendre  
« compte vous-même du reste de l'effet que produirait votre  
« traitement sur une de vos malades atteinte d'une phobie  
« quelconque, à laquelle vous persuaderiez que son mal est  
« réel plutôt que de la dissuader de son erreur... L'appât  
« du gain pousse et guide les consciences qui devraient  
« être uniquement employées au soulagement des malades  
« aussi bien qu'il pousse les consciences les plus grossières  
« au crime. Si j'avais été une malheureuse sans aucune  
« ressource, il est probable qu'à une consultation gratuite  
« quelconque une maison comme celle-ci m'aurait été indi-  
« quée et j'y trouvais le refuge utile et les soins appropriés  
« à mon état ». En entrant à la clinique B. elle n'était que  
neurasthénique et neurasthénique désirant vivement la gué-  
rison et non la mort. Maintenant elle ne l'est plus : c'est la  
peur ressentie à la clinique, en entendant le D<sup>r</sup> B., qui a  
transformé sa neurasthénie curable en une maladie orga-  
nique incurable. Car son mal n'est plus une idée et ne vient  
pas du cerveau. C'est un mal physique causé par les  
paroles du D<sup>r</sup> B.. La peur engendre des maladies ter-  
ribles.

Il est bien évident à ses propres yeux que B. n'a pas  
voulu se venger d'elle ni lui nuire pour le plaisir de lui  
nuire : elle n'est pas une persécutée. Il n'a pas compris son  
cas, il a dit : aortite, comme il aurait dit autre chose. Elle  
était une cliente, il fallait bien lui donner des soins rémuné-  
rateurs. C'est donc chez lui simplement manque de cons-  
cience : il n'aurait pas dû se comporter comme il l'a fait. Ce

n'est pas par une sorte de perversion inexplicable, c'est par simple malhonnêteté qu'il lui a causé tant de mal. Elle ne l'en aime pas mieux pour cela.

Ce que nous savons des tendances mythomaniaques de Fernande rend très difficile, dans le long épisode que nous venons de rapporter, le départ entre la confabulation et la transformation inconsciente des souvenirs. C'est le cas ou jamais de rappeler que ceux qui ont le plus étudié les mythomanes posent en principe que ce départ est le plus généralement, sinon toujours, à peu près impossible, car du mensonge pur à l'illusion complète la transition se fait par un mouvement insensible<sup>1</sup>. Cependant peut-être peut-on soutenir qu'ici la mentalité mythomaniacale, caractérisée par une impuissance essentielle à démêler le réel de l'imaginaire, joue surtout le rôle de circonstance adjuvante. En effet, au contraire de la conscience normale, surtout pré-occupée de la coordination objective et de la cohérence logique des souvenirs, de leur constitution en une série irréversible reproduisant l'irréversible mouvement de la réalité vécue, ici l'élan morbide agit plutôt en artiste indépendant, guidé bien davantage, dans le choix de ses moyens d'expression, par le souci de leur valeur symbolique particulière que par le désir de les composer et de les ordonner entre eux. Ailleurs déjà nous avons vu les souvenirs tenir leur réalité non de la relation qu'ils entretiennent avec la masse de la vie passée et de leur possibilité de s'y insérer exactement, mais bien de l'état mental qui détermine leur évocation et qui leur impose sa couleur affective. C'est pourquoi, du jour où Fernande a conçu comme elle a fait le rôle du D<sup>r</sup> B., sur tous les points à la fois de son passé qui y étaient intéressés, un travail de reconstitution s'est à peu près simultanément opéré, sorte de rétrogradation objective de sa conviction intime, qui garde à jamais la marque de sa source et de sa nature.

1. Dupré, *la Mythomanie*, 1905, p. 58.

Cette remarque ne vaut pas pour Fernande seule : on peut dire de tous les délirants de ce type qu'il n'est jamais possible d'obtenir d'eux un récit de leur passé superposable à celui que nous pouvons fournir du nôtre. L'espèce de coquetterie qu'ils mettent à consteller de dates leurs souvenirs et à en affirmer l'exactitude par les mêmes moyens extérieurs que nous, ne doit pas nous faire illusion : elle est comme le fantôme inopérant du souci d'objectivité qui nous pousse à ne nous satisfaire d'un souvenir qu'après l'avoir délimité et circonstancié ; disons plus, elle ne l'en est peut être que la caricature. Fernande fait des dates de son passé le même usage que Renouvier dans son *Uchronie* de ces événements historiques. Le passé est la forme vide, mais quadrillée de mois et d'années, dans laquelle elle projette son présent. Comme elle est naturellement mythomane, ses pseudo-souvenirs offrent, il est vrai, une particulière précision de détails et prennent une particulière intensité d'expression ; mais ses tendances mythomaniaques ne tiennent pas d'elles-mêmes leur orientation, elles l'empruntent au processus morbide qui, à lui seul, plus pauvrement sans doute et plus confusément, eût été capable de transformer le passé en fonction des préoccupations actuelles. De pareilles transformations, sans mythomanie évidente, nous avons rencontré plus d'un exemple.

Reste maintenant à mieux définir cet état morbide qui, à en croire Fernande, primitivement fonctionnel et curable, est devenu, sous l'influence d'un séjour dans une clinique, incurable et organique. Nous en avons déjà déterminé la forme originelle : paroxysmes anxieux de plus en plus rapprochés, puis état de mal nosophobique avec craintes de crise cardiaque et de mort subite. Maintenant que nous avons reconnu l'impétueux courant d'idées de persécution qui le sillonne, essayons de voir en quelles directions le trouble fondamental lui-même s'est épanoui.

« Parlons du cœur, nous écrit un jour Fernande, puisque c'est là le point principal : figurez-vous une poignée de



« caoutchouc, partagée en plusieurs branches, qui se  
« détire toute la journée et qui quelquefois, dix fois par  
« jour, me fait éprouver la sensation d'un bond terrible,  
« qui me fait pâlir tout d'un coup ; alors il me semble que  
« je vais mourir et cela m'occasionne une sensation de  
« froid ». Elle se complait à ces métaphores mécaniques et  
ailleurs elle compare son cœur à une griffe, à une éponge :  
comparer est, du reste, trop peu dire, car elle affirme expri-  
mer ainsi la réalité. Son cœur a donc changé. Il n'est plus  
malade ; il est anesthésié. Cependant il lui fait très mal ;  
c'est de là qu'elle souffre le plus : « Prenez une poignée qui  
se détend ; si le mouvement s'arrête, des fourmillements se  
produisent ». On dirait que son cœur est rongé par des  
chiens. Il n'en diffère pas moins de ce qu'il était : il ne se  
serre plus dans l'inquiétude. Elle y ressent tout au plus  
quelques soubresauts : quand on a un plaisir, une douleur,  
on sent bien qu'ils viennent du cœur. Sans doute elle  
sent très bien la piqure, mais la piqure ne fait plus  
rien au cœur : le cœur est paralysé, or c'est là que  
vont toutes les émotions.

Nous voyons ici s'organiser la même symbiose physico-  
psychique, déjà constatée antérieurement, entre le cœur-  
organe et le cœur-sensibilité morale. La poussée morbide  
s'installe au centre du rapport fondamental que notre  
métaphore réalise et de là rayonne dans les deux voies  
que nos concepts différenciés lui offrent : la voie physique  
et la voie morale. A chaque moment de son développement  
discursif nous ne nous étonnerons donc pas de trouver  
quelque chose des contradictions inhérentes à sa com-  
plexité initiale : pénétration du physique et du moral,  
intrication d'anesthésie et de souffrance. D'où le caractère  
paradoxal, pour ne pas dire plus, des symptômes que nous  
allons énumérer. Ils ne deviennent intelligibles qu'à condi-  
tion qu'incessamment nous remontions à leur source et  
réalisions, pour ainsi dire, par un effort de reconstitution  
psychique la confusion dont ils sont issus.

A l'en croire, Fernande est absolument anesthésiée et a perdu toute espèce de sensibilité organique. Sa sensibilité tactile a profondément diminué; elle ne sait plus sur quoi elle marche, elle ne sent plus le sol, elle a eu auparavant la sensation de s'enfoncer comme dans de la laine. Si on la touche, elle proclame ne rien sentir ou ne pouvoir rendre compte de ce qu'elle éprouve. Elle est indifférente à la pression : on pourrait lui mettre dix kilos sur le ventre; quelquefois elle a ses oreillers sur les pieds sans s'en apercevoir. Même insensibilité thermique : elle sent ses couvertures comme un poids sur son corps (elle perçoit donc la pression? mystère inextricable, si l'on prend ses propos à la lettre), elle ne sent ni le froid ni le chaud, pourrait coucher sans rien la nuit. Elle prétend ne pas sentir davantage les piqûres ; une piqûre inattendue provoque bien une légère réaction, mais elle ne veut pas en convenir : ses mains sont bien sensibles aux pointes, mais pour elle ce n'est pas là sentir. Et de son anesthésie elle a toute prête une démonstration familière : elle s'enfonce carrément des épingles dans les seins jusqu'à la garde, par une technique analogue à celle des injections hypodermiques, dont elle a une vieille habitude. C'est un jeu auquel elle s'est exercée depuis le moment où elle a constaté son anesthésie mammaire, c'est-à-dire depuis sa sortie de la clinique. Son ami a eu les honneurs de la répétition générale et quelques médecins semblent auparavant lui avoir appris son rôle en explorant sa sensibilité. Toujours est-il qu'avec force larmes elle affirme tenir là la preuve non seulement de son anesthésie externe, mais aussi de son anesthésie interne. En effet elle nie toute sensibilité viscérale. Elle digère, mais son tube digestif est un canal où elle ne sent rien passer. En déféquant elle ne se rend pas compte de l'expulsion des matières : elle reste des trois semaines sans aller aux cabinets. Elle urinerait au lit qu'elle ne s'en apercevrait aucunement; d'ailleurs elle se garde bien de le faire. Elle ne sent plus qu'elle a quelque chose à l'intérieur. Bien entendu dans ces conditions elle ne

connaît plus la douleur. Ses règles étaient très douloureuses, elles ne le sont plus. Elle souffrait jadis beaucoup d'hémorroïdes : elle ne sait plus si elle en a. Elle n'a pas mal à la tête, ni nulle part ailleurs. Quand elle se coupe, le sang vient, mais non la douleur. Son ami l'a brûlée avec un fer chaud : elle a eu une cloque, mais n'a rien senti. On pourrait la transpercer partout, lui couper les seins, lui faire subir une opération abdominale : son anesthésie serait la plus forte.

A côté de ce courant négateur il en est un autre où organes et sensations apparaissent transformés. Sa maladie se rapproche de la paralysie. Il faut que son cerveau soit paralysé pour ne rien sentir. L'intérieur de sa bouche, son bras, son cou sont paralysés. Elle se sent raide comme un piquet. Ses mâchoires lui semblent en carton ou plutôt en coton ; elle essaye en les contractant de les faire rentrer l'une dans l'autre. Sa tête de même a l'air en carton. Quand on la touche, il lui semble qu'on lui tire dans la nuque des ficelles qui correspondent au cou et aux aisselles. Ces sensations de tiraillement, de tirage sont constantes. Botte de ficelles qui se tend dans son dos, botte de ficelles qui se remue derrière son crâne, soubresaut d'une sorte de fil qui se ploie dans les jambes et sous l'omoplate : telles sont les expressions auxquelles elle revient sans cesse pour traduire ce qu'elle éprouve.

Idées de négation et de transformation se mêlent donc étroitement dans la conception qu'elle se fait de son corps : les fibres nerveuses sont détendues, toutes les fibres nerveuses qui nous font vivre sont comme paralysées ; elle est comparable à un ressort détendu. A sa sortie de la clinique, son ami l'a trouvée flasque. A sa sortie de Beaujon, ses nerfs s'en sont allés : quelque chose s'est rétréci en elle, elle n'existait plus. Sans doute elle sait qu'elle a un corps, mais c'est le raisonnement seul qui l'en informe. Il faut bien qu'elle ait un estomac pour que ce qu'elle mange passe quelque part. Si par hasard elle sent une piqure à la tête,

elle se dit : « J'ai donc une tête puisque les yeux me piquent ». Donc elle est constituée comme tout le monde et a tous ses organes. Cependant sa colonne vertébrale est atrophiée; elle ne peut plus mettre son dentier parce que ses gencives se sont retirées; ses mâchoires rentrent l'une dans l'autre, elle ne peut plus les séparer; il lui semble que ses paupières retombent sur des trous; elle a la sensation d'être morte. Elle est une momie, une machine automatique. Elle ne s'en reconnaît pas moins dans un miroir, mais elle a vraiment changé. Elle se rend bien compte d'être la même personne et, toutefois, elle n'est pas à beaucoup près la même.

Quelques idées de transformation du monde extérieur s'ébauchent confusément, mais vont si peu avant dans leur organisation discursive qu'elles semblent revenir à de simples projections de la transformation organique. Tout ce qu'elle mâche lui fait l'effet qu'elle mord dans de la laine. Mais les choses sont comme auparavant; elle les voit telles qu'elles sont. Cependant elle a les yeux si lourds et si fixes qu'elle ne voit plus comme autrefois. Quelquefois elle ressent à la tête une douleur avec un point ou un éclair et elle ne voit plus du tout: elle voit tout noir. Sa vue a baissé, elle ne pourrait plus coudre et elle se demande si elle ne deviendra pas aveugle. Mais le trouble semble rester, sur tous les points, à la phase subjective. Nous n'en saisissons nulle part une objectivation formelle. La poussée morbide se trouve avoir ici à peu près complètement avorté.

Malgré son insensibilité, sa momification, sa transformation en machine, son quasi-évanouissement organique, elle n'en souffre pas moins. Aux intolérables et permanentes sensations de brûlures qu'elle combattait au sortir de Beaujon à force de compresses d'eau froide et qui reparaissent par intervalles, a succédé un état de souffrance, qu'elle ne délimite ni ne localise, mais qu'elle qualifie à maintes reprises d'horrible, de terrible. Elle ne croyait pas qu'il fallait tant souffrir pour mourir. Elle ne peut pas vivre longtemps avec

des souffrances pareilles. De douleur déterminée elle ne signale qu'un point sous l'omoplate gauche, dont elle a souffert par crises surtout au début de la maladie — ses exécrations, peines de son vaineuses scurrides, morphine n'a pu en avoir raison.

Il y a plus : non seulement souffrance et anesthésie se succèdent dans les déclinaisons de la maladie, mais encore elles s'affaiblissent simultanément, comme si, étant des états psychiques susceptibles concurremment de deux expressions discursives et bien pures, de deux expressions contradictoires. Unbond Hernande semble être sensible comme nous à la contradiction et essayer de la pallier en corrigeant simplement l'un de ses termes : « Ce n'est pas une souffrance aiguë, puisque je ne sens rien ». Plus, comme si elle se rendait compte de l'insuffisance du précédent, elle fait appel à une sorte de cadre nouveau pour y grouper ce qu'elle ressent, soit en utilisant un concept qui saurait rapprocher de celui de douleur, en est repoussant séparée : « Ce n'est pas une souffrance, mais c'est horrible », soit, méthode plus intéressante pour nous, en concluant d'une différence d'intensité à une différence de qualité et de nature : les douleurs qu'elle éprouve le long du bras gauche et surtout au cou ne sont pas une douleur comme avant, mais sont pires qu'une douleur aiguë. Mais, en d'autres cas, anesthésie et douleur s'affaiblissent tout honnêtement : « Pour l'instant, écrit Hernande, je souffre atrocement. Plus je vais, plus ma souffrance est forte. Vous eussiez pu demander : avez-vous mal à la tête ? Pour savoir « si j'y ai mal, il faudrait que je sache que j'en ai que. Je n'ai ni plaisir de l'air avec mes mains quelques-uns pour « savoir si j'en ai ou non ». Et elle fait mieux : à la limite l'une devient la dénomination de l'autre : « Lorsque je parle de « mon anesthésie complète, surtout intérieure, vous supposez que c'est une tête de mon corbeau qui me dicte tout « tout. Cependant il n'en est rien. Les souffrances que « j'éprouve, sans être insupportables, me donnent des



« Mère de monde, sans inquiétude » — deuxième lettre de février 1848.

Tout est changé, nous allons le retrouver à peu près avec l'indifférence dans l'existence que Fernando donne de sa personnalité morale. Sans doute elle considère ses localités morales comme intérieures. Mais quand elle nous écrit en mars 1848 : « Mon moral est absolument intact, c'est mon physique qui est absolument détruit », c'est uniquement de son imagination et de sa volonté qu'elle entend parler. Tout cela ne prouve pas ailleurs encore plus d'attachement moralement que physiquement. Or la femme qui s'agrippe avec ses perceptions que nous avons vues dans l'Éternel se plaindre et ennuier de la D<sup>te</sup> et de ses procédés. Elle a déjà le diable par le nez. Cependant il est bien vrai que, à son départ à l'hôpital, si Fernando a souffert un peu à sa séparation avec elle, elle ne se débattait pas pour retrouver sa famille. Plus nous la lisons, plus elle, elle est indifférente à tout. Plus rien n'éveille son affectivité et sa sensibilité morale : la vue de sa mère ne l'affecte pas. Les nouvelles les plus terribles ne la touchent pas : elle a éprouvé sans cesse et souvent que son être était avec elle-même libre et volente. Autant elle avait peur de l'hôpital, autant elle et lui ont bien aimé se y trouver. Elle n'est plus capable de pleurer ou de joie. Elle ne trouve même plus de plaisir à donner. Elle est là plus, parce que nous ne l'aimons. Elle nous a tout donné, elle est là. Tout est fini, se peut-être absolument vide, elle n'a même pas le sentiment. Elle croit qu'elle peut quand elle pleure, mais il y a des moments où elle est comme un objet, puis la pensée revient. En revanche elle ne veut pas avouer qu'elle est libre, quand elle pleure, et de toutes déclarations ont été faites par quelqu'un pour qu'elle et la plume. Mais elle ne veut même pas avouer qu'elle pleure, alors que nous la voyons pleurer : car elle se croit trop libre et cette seconde déception rend bien supérieur la première.

Elle cependant se convertit et se confie tout pleurer

de manifestations affectives. Sans doute toutes ces manifestations n'ont pas la même valeur. Elle parle volontiers de sa pauvre mère; on est en droit de ne voir là qu'un cliché et de passer outre. Souvent elle déclare ne pas vouloir que sa mère la voie dans un état pareil : on peut admettre qu'il est seulement besoin d'expérience et de jugement pour se rendre compte que l'émotion de semblables visites ne vaut rien à une personne âgée. Mais elle ajoute qu'elle aimerait bien voir sa mère et il devient ici difficile de faire abstraction de toute note affective. De même, quand elle affirme le séjour à l'hôpital bien triste pour la femme exubérante qu'elle a été, quand elle fait des retours sur le passé, rappelle que tout lui souriait, et qu'un avenir brillant s'ouvrait à elle, se lamente d'avoir ainsi sombré devant le port et tient pour affreux d'en être où elle en est par suite d'une erreur médicale, quand elle parle, avec des soupirs, des plaisirs qu'elle aimait et qui ne la tentent plus, quand elle appelle à grands cris cette mort et ce néant qu'elle a tant redoutés, quand elle dit avoir assez souffert pour trouver la mort une délivrance, quand elle se révolte contre les injustices qui se commettent autour d'elle à l'infirmerie, quand elle s'emporte contre ses compagnes, les infirmières ou les surveillantes, quand elle proclame, au paroxysme de l'agitation et de la fureur, que le Dr B. est un misérable, qu'il aura de ses nouvelles et qu'elle lui trouera la peau, quand ses larmes coulent au point qu'elle ne peut plus les nier et qu'elle est réduite à avouer qu'elle ne se les explique pas elle-même, il faut bien que nous parlions de manifestations affectives et que nous supposions des émotions correspondantes, ou il n'y a plus en psychologie d'inférences possibles.

Cette insensibilité morale et cette émotivité ne sont pas sans se heurter dans les déclarations et les attitudes de Fernande. Tantôt ce qu'elle a exprimé au nom de l'une est immédiatement effacé au nom de l'autre : c'est ainsi qu'après avoir évoqué avec douleur l'avenir de pilier d'hôpital qu'elle

envisage comme le sien, après avoir avoué souffrir de cette déchéance, elle se reprend : « Je dis souffrir, mais en réalité je ne souffre pas ». Tantôt les désirs qu'elle manifeste sont donnés pour les conséquences de raisonnements utilitaires ou altruistes : « Quoiqu'indifférente à tout aujourd'hui, j'ai vécu assez entourée d'affections dans la vie pour vouloir y retourner encore, car je sais que j'y retrouverai bons envers moi tous ceux que j'y ai laissés » ou bien : « Je vous assure que tout m'est indifférent, que je suis ici comme ailleurs, tout cela m'est bien égal ; tout ce qui se passe ne me touche nullement, je suis d'une indifférence complète. Si j'insiste pour sortir, c'est qu'aussi je vois que ma pauvre mère n'est pas bien et que j'achève de la conduire au tombeau ». La coexistence de deux états affectifs contradictoires, d'indifférence et de désir, est assez ingénieusement masquée ici, on le voit, par la réduction de l'un d'eux à un équivalent intellectuel : le mobile devient motif et le tour, si l'on peut dire, est joué. Mais ailleurs Fernande, tout en se déclarant incapable d'émotion, se désole de ne plus pouvoir travailler, cependant que d'autres travaillent autour d'elle ; une autre fois elle s'avoue très irritable, reconnaît qu'il ne faut pas qu'on la dérange et pourtant elle ne pense à rien du tout ; enfin c'est avec des cris et des sanglots qu'il lui arrive de se proclamer indifférente à tout, à tout le monde, à sa famille et à elle-même. Ici, comme tout à l'heure, la contradiction est à son comble, puisqu'elle se vit et se réalise, pour ainsi dire, sous nos yeux. Il ne vaudrait rien de faire comme la malade et de nier un des deux termes contradictoires. La contradiction existe. Il faut d'abord la constater. Nous verrons plus tard s'il y a quelque moyen de la résoudre.

Anesthésie et souffrances physiques, insensibilité et douleurs morales ne se contentent pas de s'affirmer isolément ou accouplées. Certaines déclarations de Fernande établissent entre elles une continuité, dont ce qui précède n'est que la traduction discursive.

Rien de plus caractéristique à cet égard que ce qu'elle

nous dit des sensations gustatives. Tous les aliments ont pour elle le même goût ou plutôt ils n'en ont aucun : sont-ils froids ou chauds, salés ou sucrés ? Elle n'en peut rien dire. Elle ne sait pas ce qu'elle mange. C'est tout juste si elle distinguerait du vinaigre et de l'eau. Elle n'éprouve aucune satisfaction à manger ; c'est ce qui en ôte l'envie. Elle n'a jamais faim. Elle a des aliments un dégoût qui n'en est pas un : rien ne la tente. Elle ne mange que par raison, car elle n'en a ni le goût ni le désir : elle s'en acquitte comme des choses que l'on fait sans but, sans rien. Tout cela vient du cœur. Ces déclarations nous conduisent ainsi, d'un mouvement insensible, du goût, sens de la saveur, au goût, inclination et tendance morales. Une fois encore sous l'influence du processus morbide, la poussée métaphorique, qui, après avoir donné naissance aux multiples acceptions du mot, s'est effacée de notre conscience en y laissant isolés les concepts qu'elle avait rejoints, se solidifie pour ainsi dire sur tout son parcours et constitue une continuité indistincte où nous avons coutume d'aller par bonds d'analogies en analogies. A ce spectacle notre pensée, sourdement cartésienne, s'effare, car elle n'arrive plus à réaliser entre l'âme et le corps cette indescriptible unité.

Ailleurs Fernande fait un bloc de son insensibilité morale et de son anesthésie physique : elle ne sent plus ni émotion ni rien du tout. Elle ne sourcille plus : elle n'a plus peur quand on lui lance quelque chose au visage, son œil n'a plus de sensibilité. Elle est indifférente à tout : on peut la faire coucher par terre, ça lui est égal. Ainsi son indifférence totale s'exprime par un exemple emprunté à son insensibilité au froid et au chaud. Il n'en est pas moins, du reste, à la même minute, extrêmement difficile de la faire lever, parce qu'un rien la fatigue. Donc sa souffrance physique et son inquiétude morale se traduisent aussitôt après son insensibilité physique et morale. De même, quand elle dénonce son inertie et se compare à une chose, à un morceau de bois, à une table, il est extrêmement difficile de

savoir de quoi elle parle, si c'est de sa personnalité morale ou de sa personnalité physique. Enfin elle tient beaucoup à être une organique. Ses souffrances ne sont pas morales, mais physiques. Ce sont les nerfs qui sont atteints. Tous le sont, mais principalement ceux qui donnent la sympathie, qui font qu'on a du cœur.

Il ne faudrait pas se laisser arrêter ici par les expressions familières en lesquelles se matérialisent nos métaphores les plus courantes. Notre état d'esprit, quand nous disons de l'un de nous : il n'a pas de cœur, est tout différent de celui de notre malade, quand de l'absence de sympathie et de cœur qu'elle croit constater en elle, elle conclut comme elle fait : « Tout est mort en moi, rien n'existe ». Quand nous parlons ainsi, nous nous entendons bien et ceux qui nous écoutent nous entendent tout comme nous : il ne vient à l'esprit de personne que, dans la poitrine de celui auquel nous en avons, il ne se trouve rien d'analogue à l'organe que nous appelons cœur. Chez Fernande il n'en est pas de même : la négation du cœur moral et celle du cœur physique vont de pair ; on ne saurait même dire, à proprement parler, que de l'une elle conclut à l'autre. C'est un seul et même processus morbide qui s'objective tantôt sous cette forme, tantôt sous cette autre. Qu'en conclure sinon qu'au lieu des deux concepts, c'est-à-dire des deux réalités, que relient bien des affinités vécues et senties, mais à peine conscientes, par la prise en masse, pourrait-on dire, de ces affinités et des concepts eux-mêmes, s'est constitué dans l'esprit de notre malade un seul et indistinct concept, auquel répond alors une réalité unique, qui, de la duplicité normale, n'a conservé que les prolongements discursifs ?

Car — et c'est une autre remarque importante — le développement morbide auquel nous venons d'assister est issu tout entier de la phobie d'une affection cardiaque qui a marqué la première phase de la maladie. A son terme il se trouve qu'il n'a pas changé de place : parti du cœur, il fait retour au cœur. Il n'y a donc pas progrès, à proprement par-



ler. Le contenu du délire ne s'est au fond, pour ainsi dire, pas enrichi. En revanche les expressions s'en sont multipliées au point de l'étaler sur la personnalité tout entière. Mais, si l'idée que nous en avons prise est exacte, chacune de ces expressions n'est qu'une traduction maladroite et incomplète de l'anxiété cardiaque initiale, sorte de transaction, toujours prête à se rompre, entre la poussée morbide et le régime conceptuel auquel la malade est collectivement soumise, source inépuisable de malentendus et d'erreurs, si nous l'isolons de son contexte et si sa discontinuité nous masque l'ensemble auquel elle répond. Encore une fois rien ne serait plus scabreux que de supposer un développement logique du thème délirant et de prétendre à le reconstruire. Car nous ne le saurions faire sans éliminer les contradictions qui en constituent l'originalité. Pour éclairer de tels états il nous faudra, au contraire, d'un vigoureux effort, faire abstraction de nos habitudes mentales, prendre les malades comme ils sont et non comme nous serions à leur place, et essayer de concevoir une forme de pensée indifférente à l'identité et supérieure à la contradiction. Sans doute n'y aboutirons-nous que par une sorte de synthèse sans cesse évanouissante, mais qu'y a-t-il d'étonnant à ce que nous trouvions quelque chose d'inintelligible dans la cause, puisque l'inintelligible règne pour nous dans l'effet ?

A côté de ces idées délirantes de transformation et de négation nous avons déjà vu la place importante prise par les idées de persécution. Elles ont fini par se concentrer autour du Dr B., mais auparavant elles avaient fait au moins une tentative en un autre sens et Fernande avait rejeté la responsabilité de son état sur ses parents, surtout sur sa mère, qui ne l'avait pas envoyée à temps à la campagne. Depuis, elle s'en prend quelquefois à son premier ami, qui a manqué d'énergie, n'a pas su voir et aviser, quand depuis longtemps déjà elle disait être malade. Mais ces convictions et ces plaintes demeurent, pour ainsi dire, à l'état naissant. De M. Déjerine et de son service, au contraire de B. et de

sa clinique, elle ne trouve à dire que du bien. Les médecins ont tort, sans doute, de la considérer comme « hystérique, neurasthénique ou hypocondriaque » ; ils ne sont pas pour cela ses ennemis ni ses persécuteurs. Elle n'a aucun ennemi, personne n'a de raisons de lui en vouloir. Et c'est ici une nuance assez particulière de son délire de persécution, puisque le D<sup>r</sup> B. lui-même, nous l'avons vu, n'a pas eu pour but de lui nuire, mais tout bonnement de profiter d'elle : il n'a pas agi contre elle, mais pour lui.

A son entrée elle attirait avant tout l'attention par son air de détresse et d'accablement. Elle était presque constamment en larmes. Elle passait ses journées à descendre de son lit et à y remonter : elle se fatiguait aussi vite de la station debout que de la station couchée. Elle n'avait ni le goût ni le courage de se laver et de se peigner. Elle ne travaillait plus du tout et ne s'occupait à rien, sinon à la couture qu'elle aimait beaucoup auparavant. Encore actuellement elle se déclare incapable de travailler : elle n'en a plus le désir ni le goût. Un rien la fatigue. En juin 1910 elle fait une demande de sortie, mais, en même temps, avoue qu'elle ne sait ce qu'elle fera dehors dans son état et ajoute qu'elle fixera elle-même le jour de son départ, car il est des moments où elle ne pourrait supporter dix minutes de voiture. Anxiété plus ou moins latente, inactivité continue, tels sont les deux caractéristiques de ses réactions pendant son internement. Elle parle souvent de suicide ; elle trouvera bien le moyen d'en finir. Elle prétend avoir, avant son entrée, tenté deux fois de se donner la mort, par la corde et par le poison. Mais sa mère dit que, si elle parlait beaucoup de mourir, elle n'est jamais passée à l'acte. Vu le peu de sincérité de notre malade il y a donc lieu de se méfier.

Elle se dit d'ailleurs absolument convaincue de ne pouvoir guérir. Elle n'est plus dans les mêmes conditions qu'au début de sa maladie. Avant son entrée à la clinique B. il y avait encore quelque chose à faire ; mais maintenant tout est fini et bien fini. Malgré leur savoir et leur mérite, M. Déjerine

n'y a rien pu et M. Deny n'y peut pas davantage. Elle est, suivant les jours, aussi mal ou plus mal qu'à son entrée ; jamais elle n'est mieux. Elle est « fichue ». Dans dix ans, dans vingt ans ce sera la même chose. Une jambe amputée ne repousse pas. Comment veut-on que les fibres parties reviennent ? Elle est aussi sûre de ne pas guérir que d'être là.

Ce mal incurable ne se décrit ni ne s'exprime aisément. Jamais on n'a vu maladie pareille. Elle-même ne pouvait pas croire qu'on pût tomber dans un pareil état.

Ces douleurs mystérieuses et sans remède ne l'empêchent pas d'être aux aguets de tout ce qui se passe autour d'elle. Tout lui est prétexte à récriminations et à violences. Nul n'est à l'abri de ses critiques.

Nous ne restons en bons termes avec elle qu'à condition de ne jamais la heurter de front. Forte de ses droits prétendus, elle se montre injurieuse et rebelle. Elle est véritablement la plaie du service. Son départ est un soulagement pour les malades comme pour le personnel.

Ce départ n'a pas lieu du reste sans incidents. A la suite d'une première sortie d'essai Fernande n'a plus donné signe de vie. On lui écrit de revenir pour régulariser sa situation. Elle n'y consent pas sans difficultés. Une fois réintégrée dans le service, brusquement elle ne veut plus le quitter. Enfin une nouvelle sortie d'essai est suivie de la sortie définitive. Mais le jour même de son départ elle soutient qu'elle est toujours aussi malade : la possibilité où elle est de reprendre la vie du dehors tient, d'après elle, à l'énergie qu'elle met à surmonter son mal, non à une amélioration réelle de son état.

Ce polymorphisme des réactions délirantes s'explique par le caractère de Fernande. Elle est d'abord nettement cyclothymique. Nerveuse comme toutes les femmes, prenant toutes choses à cœur, sensible au point de ne pouvoir entendre un drame ni assister à une lutte et de s'évanouir chez Pezon, c'était tout l'un ou tout l'autre. En dehors de courtes périodes de tristesse et d'aboulie, survenant brusquement

et sans motifs, dont, vu ses tendances mythomaniaques, il n'est guère possible de préciser les dates, mais dont l'existence même semble indéniable, elle était d'une gaieté, d'un entrain extraordinaires, avait l'esprit entreprenant et se montrait d'une rare activité : il fallait bon gré mal gré que les choses se fissent. Elle raffolait des sorties et des distractions. Cette vivacité ne va pas sans une certaine irritabilité. Elle est susceptible et autoritaire. Elle a un très haut sentiment de sa personnalité : elle célèbre son intelligence, son énergie, son courage, sa résistance à la douleur, ses succès mondains et sociaux. Elle fait volontiers étalage de ses belles relations. Elle n'a de confiance qu'en elle-même et les choses ne sont vraies qu'autant qu'elle le veut bien. Des médecins ont dit son ami tuberculeux ; elle n'est pas de leur avis : il le serait qu'elle ne le croirait pas. Elle est fanatique de liberté et d'indépendance : elle trahit son horreur de toutes règles dans les lettres d'une modération calculée, mais souvent défaillante, où elle se plaint de la discipline du service et prétend, au nom de la justice et du bon droit, à d'inadmissibles privilèges, se comportant ainsi en véritable revendicatrice. Elle se fait volontiers le centre du monde : si son beau-frère a quitté le domicile conjugal, c'est qu'elle a été intermée. Insensiblement nous passons donc chez elle de la constitution cyclothymique à la constitution paranoïaque : la chose n'est pas assez rare pour étonner.

C'est dans cette constitution héréditaire qu'il faut voir, semble-t-il, l'origine de ses troubles. Les intoxications de tout ordre n'y ont joué qu'un rôle minime. Elle a fait quelques excès de café, mais y a renoncé depuis longtemps. Elle a fumé un temps quelques cigarettes, mais depuis sa syncope elle n'a pas continué. Elle s'est évidemment alcoolisée, car elle buvait plus d'un litre de vin par jour, et au début de sa maladie, prenait des grogs et du vin chaud pour se remonter. Mais voilà quatre ans qu'elle a été internée : si alcoolisme subaigu il y avait, il y a beau temps que les effets en auraient dû disparaître. Enfin elle a pris de l'éther et nous ne

saurons jamais à quelle dose ni pendant combien de temps, mais elle ne semble en avoir usé que depuis sa maladie et il n'a pu agir que comme cause adjuvante. Au reste, le moins qu'on puisse dire c'est que, chez Fernande, telle que nous l'avons observée, les troubles toxiques étaient au minimum.

Est-il besoin d'ajouter qu'au point de vue somatique elle ne présente aucun signe de lésion organique ni même de troubles fonctionnels et qu'en particulier l'auscultation du cœur est absolument négative ? L'état morbide s'est donc constitué de toutes pièces avec l'intensité et la chronicité que nous avons vues. Telle qu'est actuellement Fernande, il est extrêmement difficile de démêler la part qui revient dans ses troubles psychiques à l'activité délirante, aux habitudes mentales prises et aux tendances simulatrices. Mais il nous suffit de l'avoir saisie à un moment où le premier de ces facteurs semble avoir été le plus important.

---



## VII

### OBSERVATION VII

#### GABRIELLE

Gabrielle, âgée de cinquante-quatre ans, dont une sœur est hypocondriaque, est entrée dans le service en janvier 1911. Elle a été mariée deux fois : la première à vingt-quatre ans, avec un Alsacien qui est mort au bout de deux mois à peine, la seconde à vingt-huit ans. De son second mari, avec lequel elle fait excellent ménage, elle a eu quatre enfants, dont trois sont vivants. Gaie, active, travailleuse, bonne épouse et bonne mère, elle n'aurait rien présenté de particulier au point de vue mental jusqu'en septembre 1909, date à laquelle la maladie actuelle a commencé, en même temps que s'opérait la ménopause.

Son anxiété est tellement considérable et continue qu'elle semble à chaque instant être à son paroxysme. Rien ne l'apaise et rien ne la distrait. Les consolations et les marques de sympathie l'exaspèrent plutôt. Un malheur imminent la menace, malheur inéluctable, inimaginable, unique : « Maintenant il n'y a plus rien à espérer que d'attendre l'issue fatale... La terrible tragédie qui va se dérouler... Vous redoutez donc de la savoir, cette triste vérité et si lugubre que vous en serez tous terrifiés... Faites-moi mourir par le chloroforme : je serai heureuse de ne pas voir se dérouler les drames les plus affreux qui aient jamais existé... Jamais il ne s'est produit pareille situation dans l'univers ». Ce malheur ne doit pas l'avoir pour seule victime. Non seulement « cette catastrophe épouvantable dont

sa chère famille va disparaître » atteindra tous les siens : elle a prédit à son mari qu'il deviendrait fou, à son fils qu'il déserterait et quitterait sa femme. Mais encore la malédiction va tomber sur nous tous qui l'entourons : « Dans votre intérêt, comme dans le nôtre, ne vous entêtez pas... La terrible tragédie qui va se dérouler, dont vous allez tous être frappés, ainsi que nos deux familles... Pourquoi à votre âge faut-il que je vous entraîne dans la honte ? » (Lettre à M. Deny). Elle est tout à fait inconsciente du caractère morbide de cette anxiété et des causes qu'elle lui attribue : c'est un jeu à la faire devenir folle. Elle perdra la raison si on ne l'écoute pas. Elle se plaint de passer pour aliénée et nous prie amèrement, lorsque nous lui parlons, de laisser les « idées mentales » de côté. Ce désespoir énorme et théâtral lui paraît donc pleinement légitime. Voyons donc avec elle l'épouvantable « réalité cachée », sur laquelle elle le fonde.

Tous les jours, d'une conviction invincible et que ne déçoit aucune épreuve, elle croit qu'elle va incessamment accoucher de deux, puis de trois jumeaux. Elle attend ainsi depuis de longs mois, puisque sa grossesse remonte à septembre 1909. A tout instant elle annonce que les douleurs du bas-ventre ont commencé. « Que d'angoisses, depuis quatre mois que je couche chez vous, écrit-elle, croyant tous les soirs en me couchant qu'il faudra peut-être me relever pour m'emmener hors de la salle ». Sans doute, dira-t-on, une grossesse aussi anormale a, en soi, quelque chose d'inquiétant : on comprendrait qu'elle s'impatientât, qu'elle s'inquiétât de sa santé. Mais de là au drame affreux dont elle parle, il y a loin. C'est qu'en réalité cette grossesse et surtout cet accouchement consommeront son déshonneur et sa perte, la perte et le déshonneur de tous les siens : « Ce sera la destruction de ma famille ». Puisque le Dr Deny ne veut rien entendre, elle le charge de rendre les suprêmes honneurs à son mari et à ses enfants, quand ils se seront tous suicidés de honte.

Seul le secret peut les sauver tous. Elle implore la discrétion et le silence. Il faut absolument que l'accouchement soit clandestin, sinon tout est perdu. Si la chose se sait, quel mouvement dans la Salpêtrière! et quelles conséquences! Elle espère que les enfants ne viendront pas : « Il le faut pour tout le monde. Il faut qu'ils restent invisibles et, morts ou vivants, qu'on ne les connaisse pas ». Elle fait plus : elle exige qu'à leur naissance les jumeaux soient sacrifiés. Autrement, elle deviendrait folle, car le secret absolu est à ce prix. Elle pousse à ce point le désir de la discrétion et du silence que cette mère, qui adore ses enfants, s'autorise de prétendues instructions de M. Deny pour les prier de cesser leurs visites et intime, pour ainsi dire, à M. Deny l'ordre de leur écrire dans le même sens.

Comment une grossesse, si anormale soit-elle, peut-elle entraîner de tels effets, et comporter de telles mesures? C'est que « mon mari ne peut pas être père de trois enfants sans avoir rien fait : ce n'est supportable, ni pour lui, ni pour mes enfants ». Et n'allez pas croire là-dessus à un banal adultère : la malheureuse n'est rien de moins qu'une épouse coupable. Cette grossesse est le résultat, épouvantable en ses conséquences, d'une malédiction de son premier mari.

Son premier mariage qui eut lieu le lundi 29 novembre 1880, date formellement exacte en tous ses détails, semble n'avoir laissé à Gabrielle que de pénibles souvenirs. Sa mère la maria, contre sa volonté, à un Alsacien qu'elle ne connaissait pas, et il paraît bien qu'elle aimait ailleurs, puisqu'il est question, dans une de ses lettres, d'un « pauvre Fernand », qui n'a jamais voulu se marier et pour lequel elle était tout. Que valait son premier mari? Il est impossible de le savoir. Seule elle pourrait nous renseigner sur son compte et elle est hors d'état de le faire : elle n'a pour lui que des injures dictées par son délire. Une chose du moins paraît indéniable : il est mort un mois et demi après le ma-

riage. Il y a donc bien des chances pour qu'elle ne l'ait connu que malade. Ce sont là certainement encore de mauvaises conditions pour une lune de miel, nous l'avons vu, déjà compromise.

Venons maintenant à l'incident dont le souvenir hante jour et nuit la pensée de Gabrielle et aurait déclenché son délire. Le thème fondamental en est assez clair : à la naissance de son premier mari sa belle-mère avait cinquante-deux ans. Cette conception tardive semble l'avoir, dès l'abord, vivement frappée. Mais quand il s'agit de justifier par là sa grossesse actuelle, sa mémoire ou son imagination la trahissent. D'un événement qui a eu de tels effets, elle ne donne pas moins de trois récits qui s'excluent. Premier récit : des récriminations de son mari sur les circonstances dans lesquelles il était né auraient amené sa belle-mère à répondre : « Ta femme aura deux enfants à cinquante-quatre ans », et ainsi la cause du désastre serait une prédiction de la belle-mère. Mais cette prédiction n'est guère vraisemblable : pourquoi le mari aurait-il fait de tels reproches ? Pourquoi la belle-mère aurait-elle dit cinquante-quatre ans ? Seuls les deux enfants se justifieraient par une sorte d'amplification vengeresse. Second récit : Gabrielle aurait, toujours au même sujet, fait des réflexions à son mari et se serait ainsi attiré cette réponse : « Il t'en arrivera autant ». Les circonstances sont plus vraisemblables : soit impatience, soit plaisanterie, le mari peut bien un jour avoir tenu semblable propos. Mais ici il n'est plus question de jumeaux ; et ils importent en l'espèce. Troisième récit enfin : le mari mourant la maudit et lui prédit qu'elle fera comme sa belle-mère. Les deux derniers récits s'accordent sur les personnages, mais diffèrent étrangement sur les circonstances et le troisième soulève bien des difficultés : pourquoi et à quel propos cette malédiction suprême ? Pourquoi et à quel propos a-t-elle emprunté cette forme inattendue ? Gabrielle n'en veut rien dire et probablement n'en sait rien. Il est impossible du reste de lui faire toucher du doigt les con-

traditions et les invraisemblances qu'elle accumule. Les questions l'indignent, l'exaspèrent, déchainent l'anxiété la plus formidable. Au milieu de ces extravagances logiques, de cette mêlée de représentations discordantes, sa conviction demeure absolue, immuable, et sa certitude se fonde sur des raisons que notre raison ne connaît point : « Il m'a jeté un sort en mourant, car il a dû être maudit par sa mère qui l'avait eu à cinquante-deux ans ». Voilà du moins un car sur lequel Gomberville et Voiture seraient tombés d'accord.

En tout cas une telle certitude n'a plus rien des caractères mixtes, intellectuels à la fois et affectifs, que la psychologie courante reconnaît à la croyance. Elle tire toute sa valeur et toute sa force de l'état affectif qui la crée. Ses formes conceptuelles et discursives sont toutes secondaires. Comme telles, peu importe qu'elles varient jusqu'à la contradiction, si toutes restent le développement du même thème affectif et en respectent la tonalité fondamentale. Ici encore le souvenir naît presque tout entier du présent et n'emprunte au passé que juste ce qu'il faut pour lui servir de prétexte. Si la belle-mère de Gabrielle n'avait pas eu un enfant à cinquante-deux ans, la poussée délirante se serait autrement orientée, l'anxiété aurait cherché ailleurs sa matière. Mais si l'anxiété n'avait pas utilisé, pour s'objectiver, le souvenir de cette grossesse tardive, si la poussée morbide ne l'avait pas pénétré et emporté avec elle, jamais il n'aurait revêtu aux yeux de la malade de si multiples et, cependant, univoques apparences. La contradiction est même ici plus forte, peut-être, que dans les cas précédemment rencontrés. Il ne s'agit plus d'un seul récit, sujet à de troublantes variations, mais de trois récits différents et parallèles, tous trois, au même titre, équivalents discursifs de la poussée délirante, entre lesquels un choix ne parvient pas à se faire, parce que précisément la poussée est trop forte pour céder et avorter en deux quelconques des trois directions, et que la malade n'est plus sensible à la contra-



diction, parce que précisément elle vit avec la même intensité les trois contradictoires.

Comment maintenant la malédiction a-t-elle pu porter ses fruits? Nous allons sur ce point nous perdre dans un véritable dédale de causes naturelles et d'influences mystiques. Depuis deux ans environ les craintes qu'elle avait conçues la faisaient se refuser à son second mari. Un adroit empressement, une ruse affectueuse — nos désirs, hélas! n'ont pas toujours notre âge — permirent, cependant, un soir au brave homme d'atteindre le but convoité. Mais il était « poussé par le premier ». « C'est cette horreur qui t'envoie », prétend-elle s'être écriée au premier moment. Ce rapprochement, fruit de la vengeance de son premier mari, expression matérielle du sort jeté sur elle par un sorcier contre lequel elle ne tarit pas d'injures : pourriture infecte, être écœurant, monstre, vampire, satyre pourri, Prussien, est la cause de tout. Sans lui il n'y aurait rien. Donc à cette grossesse il aura fallu sinon une cause, du moins un prétexte normal. Cependant elle insiste sans s'arrêter devant aucun détail : elle est absolument sûre que son mari s'est retiré à temps. Mais, à son âge, on n'a des enfants que par des « fluides », des « infiltrations pourries ». A quoi bon alors le rapprochement, puisque la semence de son second mari n'est pour rien dans l'affaire et que le fluide du premier a tout fait? La manière dont le rapprochement a opéré, le pourquoi de sa nécessité nous demeurent absolument inintelligibles. En vérité nous sommes ici tout près de ces conceptions prélogiques de la causalité, où l'effet n'est point dû en réalité à sa cause, mais aux influences mystiques dont elle est le véhicule. Elles absentes, la cause n'agit point, mais, en l'absence de la cause, elles n'ont plus rien où se fixer. Ainsi l'idée que Gabrielle se fait de l'origine de sa grossesse nous devient un peu moins mystérieuse, mais sans doute les choses, en son esprit, n'ont pas acquis la rigidité de représentations collectives, et ce serait fausser l'analogie que de vouloir la serrer de trop près.

Donc elle a eu un rapprochement avec son second mari, mais c'est du premier, en fait, qu'elle est grosse. Là est le drame, la tragédie, dont le dénouement déshonorera sa famille, car son second mari ne saurait accepter trois enfants qui ne sont pas de lui, et elle ne consentirait jamais à les lui imposer. Si par malheur ils vivent, il faudra les inscrire sous le nom du premier mari. C'est par vengeance, par jalousie que le misérable a ainsi agi avec elle et les siens : « Il veut faire mourir mon mari par le chagrin et mes enfants adorés pour faire place à trois misérables... Il n'a pas de cœur, le bandit, de prendre les miens bien portants pour y faire naître des martyrs... Il veut que sa progéniture prussienne revive pour remplacer les miens... Il nous pousse au suicide ».

Ainsi le délire se complète, mais par quels bonds et par quels coups de poignard à la logique ! Son premier mari l'a maudite et lui a prédit qu'elle aurait deux jumeaux à cinquante-deux ans. Ses rapports avec son second mari l'ont rendue enceinte de trois enfants du premier. Acceptons jusqu'ici le délire. Comme il serait simple, si l'anxiété et la poussée morbide ne poursuivaient pas leur œuvre, d'accepter ce malheur, dont nul parmi les siens n'est responsable, sauf peut-être son second mari, d'attendre les événements et d'aviser au mieux de leurs intérêts. Mais, il faut, l'anxiété le veut, que cette grossesse cause leur perte à tous, et donc le premier mari entend substituer ses trois enfants à venir aux trois enfants actuellement vivants. Il ne lui suffit pas pour eux d'une place au foyer, il lui faut le foyer tout entier. Donc de cette grossesse et de cet accouchement résulteront la ruine et la mort de toute la famille. Et même, après cet effort où nous sentons tout le délire s'écarter, pour ainsi dire, sur le lit de Procuste de la logique, nous ne pouvons pas obtenir un développement discursif satisfaisant. C'est qu'évidemment une telle forme de pensée n'est pas faite pour lui et n'y a pas son expression naturelle. Dans le bouquet d'un feu d'artifice les fusées qui explosent en l'air

ne sont pas causes les unes des autres malgré les rapports géométriques que leurs mouvements affectent, mais n'ont, à tout prendre, de commun que leur point d'origine.

De multiples interprétations confirment Gabrielle dans ses conceptions délirantes. Est-il besoin de dire qu'avant d'entrer à la Salpêtrière elle a assiégé les consultations des médecins et des sages-femmes ? A tous et à toutes elle prête, quand ce ne sont pas des propos, au moins des attitudes, qui démontrent le bien-fondé de ses craintes.

Elle n'a pas seulement à son actif ces interprétations médicales. Dans le présent, comme dans le passé, elle accumule les preuves qui démontrent qu'elle a vécu et qu'elle vit sous l'influence du bandit. « Ce monstre invisible me torture jour et nuit par les rêves ». C'est ainsi — car parmi tous ces rêves nous n'avons pu obtenir confiance que d'un seul — qu'il lui a fait voir, pendant son sommeil, qu'elle avait trois garçons et qu'il fallait les sacrifier pour les autres, et ce rêve lui est une preuve que sa grossesse est non pas bigémellaire, comme elle le croyait primitivement, mais bien, hélas ! trigémellaire. On ne peut d'abord s'empêcher ici de penser que Gabrielle est victime d'une sorte de besoin d'amplification : le fait d'avoir eu un ou plusieurs cauchemars équivaut pour elle à une persécution continue. Là encore l'anxiété fait son œuvre, en enveloppant, sous le moindre prétexte, la plus grande masse possible de faits de conscience. D'autre part, pour une fois que nous saisissons au moins l'apparence d'un processus logique, empressons-nous de le signaler. Au début la malédiction portait qu'elle aurait deux jumeaux, mais le bandit veut substituer ses enfants aux enfants du second mari ; or, ceux-ci sont au nombre de trois. L'opération ne serait donc pas parfaite, s'il n'y avait pas également trois monstres, et ainsi le rêve et son interprétation se coordonnent logiquement avec le reste du délire.

Mais risquons-nous à être subtil. Sa grossesse, selon Gabrielle, menace de ruine toute sa famille. C'est à tous

ses enfants que le bandit en veut. Or ses enfants se trouvent être au nombre de trois ; mais ils pourraient être quatre, cinq ou vingt, leur existence n'en serait pas moins en danger, car tous sont également menacés. Tous mes enfants, mes trois enfants sont donc, dans son esprit, expressions synonymes. Trois n'a donc plus son sens étroitement numérique, il exprime la somme en tant que somme, le tout en tant que tout, une universalité en un mot. Donc, quand elle dit qu'elle aura trois jumeaux, au fond cela veut dire qu'elle en aura autant qu'il en faudra pour anéantir, un à un, tous les membres de sa famille. C'est donc l'idée d'anéantissement total qui détermine la fixation de ce chiffre et le processus logique est lourd de participations mystiques.

Enfin les interprétations rétrospectives de Gabrielle peuvent tenir tout entières dans cette formule : tous les malheurs de sa vie sont dus à l'influence du bandit qui s'est réjoui d'en être la cause. Si à vingt-cinq ans elle a guéri d'une petite vérole, c'est son premier mari qui l'a voulu pour avoir plus longtemps à la faire souffrir. Si la femme de son parrain est morte de péritonite, c'est encore lui qui l'a voulu. Si à trente ans, elle a perdu une fillette d'un an, c'est l'effet de la vengeance du misérable qui se préparait à mettre ses propres filles à la place de la défunte. C'est ici la confirmation de ce que nous disions tout à l'heure : c'est toute la famille qui est intéressée dans le drame ; au chiffre trois il conviendrait de substituer le chiffre quatre ; mais probablement la malheureuse est moins constamment préoccupée aujourd'hui du sort de sa petite morte que de celui de ses trois enfants vivants ; c'est pourquoi elle s'en tient au chiffre trois : nous ne sommes donc en présence ici que d'une floraison éphémère de la poussée délirante. Enfin l'entérite qu'elle a eue à quarante-huit ans pendant quelques semaines est évidemment due à l'influence du premier mari.

De ces interprétations rétrospectives nous avons donné les plus intelligibles. Mais il en est d'autres dont la com-

plexité extra-logique est telle qu'il nous a été impossible d'en prendre note, pendant que Gabrielle les exposait, et d'en garder aucun souvenir. C'est à peine si nous en avons retenu le thème : considérations, par exemple, sur les dates des bonheurs et des malheurs qui lui sont arrivés dans sa vie, malheurs et bonheurs s'intriquant de la plus étrange et incompréhensible façon, pour revenir toujours à la conclusion essentielle, antérieure à tout l'effort discursif, que, si tout s'est passé ainsi, c'est que le premier mari le jugeait bon pour sa vengeance.

Le délire se fonde d'autre part, si on peut dire, sur des troubles cénesthésiques. Lors de son rapprochement avec son mari, elle a eu peur et a compris tout de suite qu'ils étaient perdus. « J'ai dit : pourvu que ça n'ait rien fait. Je me suis rappelé sa mauvaise malédiction, qu'il avait eue pour moi avant de mourir ». Ses impressions n'ont pas été simplement morales : elle a ressenti une sorte de coup au ventre, au nombril et aux reins. Actuellement ce ne sont que « frissons, fibres et tiraillements », électricité. Aux reins, elle sent comme un rivet. Le côté gauche est plus lourd que le droit. « Si vous saviez ce que ça tremble... Je ne sais plus où m'asseoir et ne puis plus marcher... On dirait la foudre, du plomb... Les douleurs sont plus fréquentes, le travail se fait par petites douleurs comme pour mon premier, et trois ce n'est pas un... Les souffrances corporelles, quoique bien terribles, ne sont rien en comparaison de ce que je vois qui va arriver... Mes souffrances invisibles sont terribles et plus rapprochées. »

Voilà des douleurs physiques qui, pour multiples et étranges qu'elles soient, n'en semblent pas moins, en général, autant de signes de grossesse et de travail. Mais ailleurs et le plus souvent, au reste, elle reconnaît que ce sont symptômes essentiellement différents de ceux d'une grossesse ordinaire, que sa taille ne grossit pas, que ce n'est pas une grossesse comme tout le monde, que ce ne sont pas là les malaises d'une grossesse matérielle. Aussi



pour exprimer son état, ne craint-elle pas les métaphores les plus hardies : « L'anarchiste m'a envoyé une bombe intérieure qui doit éclater pour faire sauter toute ma chère famille ». Donc manifestement les douleurs qu'elle éprouve, on ne saurait mieux faire que de s'en rapporter à elle, n'ont rien de commun avec les symptômes ordinaires de la grossesse et du travail. Elles ne seraient donc, à ses yeux, aucunement signes et preuves ni de l'un ni de l'autre, si l'idée d'être enceinte ne préexistait pas dans son esprit. Ces douleurs sont-elles une des conséquences du thème délirant ? On ne saurait l'affirmer. Mais il nous suffit qu'elles n'en soient pas la cause. C'est, au contraire, lui qui les explique et jamais sans lui, vu leur nature, elles n'auraient été ainsi interprétées.

Aussi Gabrielle reconnaît-elle que c'est « une vérité invisible, un fardeau invisible, une grossesse surnaturelle, immatérielle », autant de termes par où elle souligne les différences fondamentales qui distinguent son état d'une grossesse ordinaire. Aussi la durée anormale de sa gestation ne prouve-t-elle rien contre la vérité de ce qu'elle avance. Il est vrai qu'elle ne reste pas toujours sur ce point aussi ferme et qu'il lui arrive de soutenir qu'il faut à cette grossesse trois fois le temps nécessaire, puisque c'est une grossesse triple. Mais soyons assurés que lorsque, les vingt-sept mois seront passés, elle n'en démordra pas pour cela et que la première explication subsistera seule, la seconde n'étant au fond qu'une justification de rencontre.

Les enfants qu'elle porte participent des étranges caractères de sa grossesse. Ce sont de viles et vilaines créatures, faites de sort et de mauvais esprit, produits de sorcier, êtres ignobles ou épouvantables, « invisibles, vipères qui sortent du sort du plus sale homme qui ait jamais vécu ». Ils ne seront pas comme les autres : peut-être n'auront-ils pas de tête. Ce sont des horreurs, serpents plutôt qu'êtres humains. Elle a beau les haïr, elle a parfois pitié de ces pauvres épileptiques, idiots, sorciers, qui ont un sale père

et n'ont pas de mère, puisqu'elle n'en veut à aucun prix : « Alors, que le démon vous retire de cette terre, malheureuse pour vous, puisque vous êtes nés de Satan. Malheureux Caïns, vous tuez mes enfants ».

Les réactions de Gabrielle sont, comme il est naturel, extrêmement vives. Nous l'avons déjà vue courir les médecins et les sages-femmes. A la Salpêtrière elle réclame incessamment qu'on la visite, pour qu'on se rende compte qu'elle a raison, et qu'on la conduise chez une sage-femme où elle pourra accoucher en secret. Elle réclame aussi instamment une opération césarienne, pour que ça sorte comme ça s'est produit. Elle refuse parfois de s'alimenter. Elle menace de se tuer, si on ne lui donne pas satisfaction, et rejette sur M. Deny la responsabilité de sa mort. Elle a même, à cette intention, fait un moment provision de verre pilé et se l'est laissé confisquer sans trop de protestations : il ne semble pas qu'elle soit fermement décidée à faire comme elle dit. Malgré ses craintes tout espoir n'est pas perdu pour elle, puisqu'il suffirait qu'elle convainque les médecins pour que tout soit réparable : son malheur vient, en partie, de la mauvaise volonté des hommes ; mais du moins le scandale n'a pas encore éclaté.

Est-il besoin de dire que Gabrielle ne présente aucun signe d'affaiblissement intellectuel ? Sa mémoire est excellente, sa tenue parfaite. Elle écrit tous les jours d'interminables protestations, dont le fond et la forme sont, disons le mot, remarquables pour une femme de son âge et de son milieu, plus occupée de ménage que d'orthographe et de style. De même, et ce que nous venons de dire suffirait déjà à le prouver, elle n'est aucunement débile : elle a été toute sa vie très active et très entreprenante, a fort soigneusement élevé ses enfants et a su très bien se diriger et se défendre dans l'existence.

Dans ces conditions à quelle espèce clinique avons-nous affaire et comment devons-nous étiqueter son délire ? Il ne nous paraît possible d'hésiter qu'entre un délire secon-

daire à un accès de mélancolie anxieuse ou une paranoïa.

En faveur du premier diagnostic on pourrait invoquer l'intensité et l'antériorité, pour le moins probable, des troubles affectifs, l'âge de la malade, le silence quasi-absolu, dans les conditions où nous l'observons, de ses antécédents personnels, la relative rapidité avec laquelle le délire s'est constitué.

Mais bien des éléments manquent ici au tableau du délire mélancolique. Gabrielle ne présente pas d'idées de culpabilité<sup>1</sup>. La moindre allusion à ce sujet lui paraît de la plus cruelle ironie. Elle n'est en rien coupable. « Le bandit sait bien que je n'avais jamais fauté étant jeune et veuve ; ce n'est pas pour qu'à cinquante-cinq ans je commence, moi qui ne pense qu'à ma famille et à chercher ce qui pourrait leur faire plaisir ». Elle a donc la conscience absolument blanche. Elle est une victime, une grande martyre. Ni elle, ni son mari, ni ses enfants n'ont quoi que ce soit à se reprocher : ils ne méritaient rien de pareil. On ne saurait être plus explicite.

Elle a au contraire une très haute opinion de sa moralité et de celle de sa famille qui est « pleine de bonté, d'accord, de travail et de conduite ». S'ils se suicident, son mari et ses enfants ne laisseront que des regrets, tant ils ont de cœur et sont aimés de tout le monde. De toute leur vie son mari et elle n'ont que ce rapprochement à regretter. Elle, la femme fidèle, la mère dévouée, a trop bien élevé ses enfants, dans son intérieur modèle, pour ne pas s'indigner du sort qui les attend. Le courage qu'elle déploie dans les pires conjonctures fait aussi son admiration et son orgueil. De même

1. Depuis la rédaction de cette observation, sans que l'ensemble du délire ait en quoi que ce soit varié, cette affirmation a cessé d'être rigoureusement vraie. En avril 1942 la malade écrit à une personne amie : « Je ne mérite que la mort... je comprends que vous ne veniez pas me voir... je ne mérite aucun égard... je vous renverrai, si vous voulez, votre photographie, car je ne veux pas la garder, si vous me croyez trop coupable ». Ainsi un flot d'idées de culpabilité, sans contour défini, a fini par se constituer. Il n'en est pas moins vrai qu'il a longtemps fait défaut et qu'actuellement encore son rôle est tout accessoire.

elle a très bonne opinion de ses facultés intellectuelles. Elle a toutes ses idées, toute son intelligence, toute sa raison. Elle est séquestrée, prisonnière en pleine raison. Elle nous supplie de lui conserver sa mémoire et ses facultés « si étendues ».

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner si ce sont ses mérites et non pas ses fautes, qui lui paraissent avoir entraîné son malheur, et que, dans ces conditions, elle proteste et s'indigne de l'injustice de Dieu : « Je ne comprends pas, s'il y a un Dieu, qu'il laisse frapper une si bonne famille par un sale démon jaloux de ne m'avoir possédée qu'un mois et demi ! » A ce point, que nous sommes loin d'un délire mélancolique !

En faveur de la paranoïa et du délire systématisé hypochondriaque on peut invoquer la cohérence ou, si l'on aime mieux, la tenue du délire, l'idée prévalente qui le fonde et les interprétations délirantes multiples, portant soit sur le système des perceptions, soit sur celui de la cénesthésie, qui le nourrissent. La poussée délirante a donné en d'autres directions des prolongements moins riches sans doute, mais suffisants pour corroborer ce diagnostic.

Gabrielle a quelques idées de possession, car elle se dit possédée par un être maudit, et c'est là du reste un développement comme naturel de son délire de grossesse. « Ce n'est que le sorcier qui est mon maître. Il a toujours tenu son maudit esprit au-dessus de nous. Ayant eu bien des fois l'occasion de mourir, il m'a fait souffrir et m'a laissée vivre pour arriver à l'âge qu'il m'avait voué... Je suis la femme d'un sorcier pourri. Eh bien ! sa pourriture se répandra sur toutes les personnes qui m'ont fait souffrir. » Ici sont en germe des idées d'énormité et de vengeance qui ailleurs se traduisent plus clairement.

D'abord en idées de grandeur assez frustes : « Si vous n'avez pas cru à la Vierge, vous pouvez y croire maintenant... Comme je remplis le rôle de la Vierge, il fera sans doute arriver cette terrible catastrophe pour le mois de mai ».

Ensuite en idées de persécution, beaucoup plus nettes, à l'égard des médecins, qu'elle considère tantôt comme subissant l'influence de son premier mari, tantôt comme étant, ni plus ni moins, ses complices. Tous sont coupables, car tous tiennent en leurs mains le bonheur de sa famille et ne veulent pas agir. C'est ainsi qu'elle écrit à M. Deny : « Vous êtes un criminel... Vous avez écouté le bandit... Il vous tient, le monstre... Vous êtes donc complice avec le mort... Nous sommes vos victimes comme nous le sommes du bandit... Personne ne m'écoute parce que vous leur donnez l'exemple... Allez-vous continuer votre cruauté?... Vous nous condamnez à mort et moi à la folie... Vous êtes plus cruel que le gredin... Vous tremblerez de remords et de repentir, mais nous serons tous sacrifiés... Misérable ! Ce sang vous torturera... Je suis maudite, mais je vous maudis aussi... Vous, M. Deny, le cruel et le traître, vous vous acquittez à merveille, avec beaucoup de sang-froid, d'une si triste mission ».

Son ton, on le voit, ne laisse pas par instants de monter assez haut et ses propos se font volontiers agressifs et hostiles. On comprend, dans ces conditions, qu'il lui arrive d'aspirer à la vengeance : « Vous verrez, après ce qui va arriver, que les morts ne sont pas morts et que ce mauvais esprit, nous le retrouverons, car notre vengeance sera aussi terrible que ce qu'il va faire ». Son frère, mort en 1870 pour sauver l'Alsace, patrie du bandit, ce qui est pour Gabrielle naturelle matière à violentes déclamations, participera à la vengeance. « Nous lui broyons son crâne pourri, son mauvais esprit. » Ici, dans cette étrange mêlée des morts et des vivants, dans cette unimaginable lutte, on est en droit, semble-t-il, de pressentir que, si le persécuteur était encore de ce monde, Gabrielle pousserait assez loin ses réactions et ne s'arrêterait peut-être pas aux plaintes aux autorités. Par bien des côtés donc elle se révèle non mélancolique et déprimée anxieuse, mais, bel et bien, persécutée et paranoïaque.

Mais rien dans les antécédents de Gabrielle, excellente



femme à tous égards, ne permet de déceler la moindre apparence d'une constitution paranoïaque, qui, du reste, aurait attendu cinquante-quatre ans pour fleurir et porter tous ses fruits. Or la clinique nous fournit peu d'exemples de paranoïa aussi tardive. D'autre part, le système a atteint son apogée avec une rapidité qui déconcerte et qui n'est pas habituelle au délire systématisé.

Donc aucun des deux diagnostics que nous avons proposés ne peut se soutenir sans conteste. Notre doute est aussi grand après qu'avant la discussion. Peut-être est-ce le moment de se souvenir du rapprochement qui a été tenté entre la psychose maniaque-dépressive et la paranoïa. Ce n'est évidemment pas ici le lieu d'en discuter le bien-fondé. Mais un tel rapprochement ne peut pas ne pas se rappeler à notre esprit en présence de certaines expériences cliniques, du genre de celle que nous venons de faire, où les deux diagnostics s'affrontent sans pouvoir absolument s'éliminer l'un l'autre.

Ce qui importe présentement pour nous, c'est que de telles incertitudes légitiment l'objet même de notre travail, puisqu'elles nous conduisent au point où deux entités cliniques, pour nous habituellement distinctes, se fondent et se confondent pour ainsi dire à nos yeux. C'est donc qu'elles offrent quelque chose de commun, dont l'étude est nécessaire à leur complète délimitation ultérieure. C'est donc, en un mot, que, en clinique comme en psychopathologie, pour faire du travail utile et ne pas s'exposer à aborder trop tard le problème, quand d'autres questions auront paru être traitées, qui précisément le supposent résolu, il faut s'entendre tout d'abord sur ce qu'est une conscience, une personnalité morbide, dont les troubles ne sont point dus à une désagrégation organique et à un affaiblissement intellectuel.

---

## DEUXIÈME PARTIE

### LE PROBLÈME ET SES DONNÉES

Les sept observations précédentes sont la base sur laquelle nous allons essayer d'édifier une nouvelle théorie de la conscience morbide. Il est trop évident qu'elles ne forment pas un système clos, qu'elles ne sont données ici qu'à titre d'exemples, qu'elles auraient pu aisément être plus nombreuses et que nos conceptions procèdent d'une documentation sensiblement plus étendue. Mais la triple nécessité de soumettre au lecteur une œuvre lisible, où la diffusion des preuves n'étouffât pas la démonstration, de faire état uniquement de cas dont une étude approfondie et prolongée eût permis de définir l'exacte évolution, de présenter enfin le problème sous ceux de ses aspects qui répugnent le plus à la conscience commune, afin d'épuiser d'emblée les difficultés auxquelles la solution doit répondre, nous ont imposé de limiter ainsi notre choix.

Un tel groupement d'observations constitue-t-il une sorte de révolution clinique et méconnaît-il, si peu que ce soit, des résultats dès longtemps acquis en pathologie mentale ? Il n'en est rien, croyons-nous. Sans doute il n'est pas contestable que les constatations cliniques, comme les certificats et les examens médicaux en font foi, tendent à répartir nos malades sous des rubriques de prime abord assez différentes : psychose d'angoisse ; mélancolie anxieuse ; délires systématisés, hypocondriaque, de persécution, de possession ; délire de revendication ou des persécutés-per-

sécuteurs ; délires secondaires. Mais il n'est pas moins incontestable qu'entre toutes ces formes morbides il existe des zones-frontières et que le diagnostic en est souvent difficile, sinon impossible : mis en présence de nos malades, il y a gros à parier que les aliénistes les mieux avertis s'entendraient mal sur la manière dont il convient de les classer et institueraient, à leur sujet, des discussions nosologiques et pathogéniques, dont on n'entrevoit pas toujours l'issue. Dans le cas de Fernande le délire de persécution semble bien secondaire au délire de négation hypocondriaque ; mais l'extension qu'il a prise, l'idée prévalente sur laquelle il converge, les tendances revendicatrices surtout, qui se donnent ailleurs encore carrière, lui confèrent une sorte d'indépendance et l'apparentent, pour le moins, au délire des persécutés-persécuteurs. De même et plus encore pour Gabrielle : est-elle mélancolique anxieuse ? Est-elle paranoïaque ? Les raisons qu'on aurait de se décider dans un sens n'apparaissent jamais plus évidentes qu'une fois qu'on s'est résigné à opter pour l'autre.

Rien n'est plus loin de notre pensée que de conclure de ces difficultés à une sorte de scepticisme clinique, dont la première conséquence serait de tenir pour non avenue toute l'œuvre de nos devanciers. Nos classifications nosologiques, pour provisoires qu'on les dénonce, sont indispensables, parce que, sans groupements des faits, il n'est nulle part moyen de s'entendre ; elles sont légitimes, parce qu'elles définissent et systématisent l'état actuel de nos connaissances et qu'il serait paradoxal de leur demander rien de plus. Des divergences d'opinion qui séparent un Falret, un Magnan et un Kraepelin, il est facile de conclure que l'un d'eux a seul absolument raison contre tous ou que la clinique a fait faillite ; mais il est autrement profitable de prendre conscience des difficultés qu'ils ont rencontrées et d'essayer de leur rendre hommage en poussant un peu plus loin sur la route qu'ils ont frayée. En clinique, aussi bien qu'ailleurs, on ne détruit que ce qu'on remplace.

Des difficultés nosologiques que soulèvent nos malades, nous entendons donc conclure seulement que le problème psychologique à l'étude duquel nous allons nous attacher, se double d'un problème clinique. La constatation n'est pas pour nous déplaire : où trouver en effet meilleure preuve que nos recherches ne se sont pas orientées d'après une pure vue de l'esprit et qu'à l'objet qu'elles se sont lentement constitué répond quelque chose de réel ? Le rapprochement psychologique que nous établissons entre nos malades nous aurait semblé bien précaire, si la clinique en avait radicalement contesté le bien-fondé. Or non seulement elle ne le conteste pas, mais encore elle se trouve le confirmer à sa manière.

Les affinités cliniques sont en effet manifestes entre nos malades et sautent aux yeux dès le premier examen. C'est d'abord, pour les ranger par ordre d'importance et de spécificité croissantes, la gravité des troubles morbides et les réserves que comporte le pronostic. Dorothée meurt dans le service après trois ans d'internement, sans amélioration notable. Gabrielle, malade depuis septembre 1909, est encore internée : son état ne s'est pas modifié. Emma et Fernande sortent, en état de rémission très relative, après cinq ans au moins de maladie et dix-huit mois ou quatre ans d'internement. Berthe, malade depuis plusieurs années, sort « suffisamment améliorée ». Adrienne seule, après deux ans au moins de maladie, sort guérie, au moins pratiquement. Quant à Charles, dont nous avons cessé d'avoir des nouvelles, alors qu'il était en pleine évolution morbide, s'il n'a pas mis fin à ses jours, peut-être est-il parvenu au terme de son accès, quoique ces formes de mélancolie anxieuse soient, de longue date, connues pour leur particulière sévérité ; mais même en ce cas le pronostic resterait réservé, car une rechute serait toujours à craindre.

A la constante gravité des troubles morbides s'associe la présence constante de tares héréditaires, sur lesquelles nous aurons occasion de revenir. De même et pour la même rai-

son nous ne ferons que signaler ici la constante conservation des facultés intellectuelles et la constante intensité des réactions affectives et motrices. Du reste ce sont caractères communs qui, pris isolément, auraient quelque chose de trop général. Mais ils empruntent une nouvelle valeur aux constatations suivantes autrement significatives à tous égards.

On ne saurait manquer d'être frappé, en parcourant nos observations, de l'enchaînement des divers thèmes délirants, qui s'y trouvent successivement développés. Non seulement il semblerait qu'on pût, d'un mouvement insensible, passer d'un délire à l'autre, en modifiant simplement la proportion de leurs éléments; mais encore ces analogies ne se réduisent pas à la grossière et superficielle ressemblance des constructions romanesques en lesquelles la pensée morbide s'objective : elles siègent au plus profond des délires, jusque dans la manière dont les idées délirantes se constituent, se composent, s'ordonnent et se distribuent. Une identité si poussée dans les effets ne peut pas aller sans une certaine identité dans les causes. D'autre part, si l'on considère que chez tous nos malades, tous ceux qui ont été amenés à les examiner ont signalé l'anxiété comme un des troubles essentiels et fondamentaux et que, dans tous les cas de même ordre, l'immense majorité des observateurs a abouti à la même constatation, cette quasi-unanimité n'a-t-elle pas en vérité quelque chose d'impressionnant ?

Gravité des troubles morbides, lourdeur de l'hérédité, intégrité des facultés intellectuelles, intensité des réactions affectives et motrices, homogénéité et continuité des délires, anxiété essentielle et fondamentale, tous ces éléments communs sont assez nombreux et assez importants pour légitimer une étude d'ensemble qui permette d'en mieux définir les caractères, les relations et la portée.

---



## L'ORDRE D'INVESTIGATION

Il s'agit donc d'enfermer dans le détail et de grouper systématiquement les faits que nous avons rapportés. Les conditions mentales auxquelles ils nous ont paru répondre, les réflexions qu'ils nous ont suggérées au passage, de manière à saisir les traits essentiels et à poser le problème de la conscience morale, dans le cadre et les limites que nos observations lui définissent précisément.

Pour ce faire il est besoin de beaucoup de prudence. Il importe d'abord à notre but de prendre les maladies comme elles se présentent, avant de conjecturer ce qu'elles sont, et de ne pénétrer l'intimité des troubles qu'armés de tout ce que nous pouvons en dire les objectivement, condition bien difficile à remplir quand il s'agit de phénomènes psychiques, car, pour en deviner la nature, il faut bien que nous nous laissions par leur appel à notre propre expérience subjective. Mais plus tardivement nous y ferons appel, moins nous aurons de chance de nous tromper, puisque plus complètement nous aurons pris connaissance de toutes les données auxquelles nos hypothèses doivent satisfaire. La sagesse et le bon sens nous de nous avancer à travers les manifestations morales, par ordre d'objectivité décroissante et, pour ainsi dire, de dehors en dedans.

Pour procéder ainsi nous ne saurions mieux faire que d'utiliser les cadres suivants en lesquels nous réorganisons familièrement l'ensemble de notre activité morale, activité morale, activité affective et activité proprement intellectuelle sans doute la rigidité en est peut-être bien trompeuse et la valeur bien relative aux exigences de notre pratique, nous

n'aurons garde de l'oublier et nous le confirmerons au besoin ; mais, pour le présent, il nous suffit qu'ils remplissent en effet les conditions que nous réclamons d'eux.

Or les réactions motrices offrent au moins l'apparence d'une objectivité parfaite. Point besoin d'interprétations pour en constater l'existence : c'est un fait qu'un malade se lève ou ne se lève pas, s'alimente bien ou mal, s'occupe ou reste inactif. Les réactions affectives participent, pour une part, de la même objectivité, étant motrices ou vasomotrices : ce sont rires, larmes, soupirs, etc., tous phénomènes qui tombent sous les sens. Pour une autre part, croissante peut-être à mesure que l'homme se civilise, elles consistent soit en l'énonciation des mouvements intimes que les émotions provoquent, soit en la définition de ces émotions par le sujet qui les ressent, et elles soulèvent, principalement sous cette dernière forme, les mêmes difficultés que les autres réactions verbales.

Quant aux réactions intellectuelles, elles se révèlent essentiellement par le langage, et il serait loisible, dès lors, de les tenir pour purement motrices, car la parole est, en fin de compte, un phénomène moteur. Mais, en réalité, nous ne la considérons simplement comme telle que lorsque nous avons affaire, par exemple, à des déments précoces, dont la salade de mots est arrivée à son comble, ou à des étrangers, dont la langue nous est inconnue. Partout ailleurs, en dehors de la considération objective de sa plus ou moins grande facilité, l'expression verbale nous engage immédiatement à reconstituer la pensée dont elle est issue, et nous introduit par conséquent en pleine subjectivité et en pleine conjecture, puisque nous ne pouvons naturellement opérer cette reconstitution qu'à l'aide de notre propre pensée et en supposant, derrière les mots que nous entendons, quelque chose qui, peu ou prou, lui ressemble. Si défiante que nous fassions notre intervention, elle devient ici radicalement nécessaire et par là ouvre définitivement pour nous l'ère des dangers et des incertitudes.

## LE PARADOXE MOTEUR

De l'uniformité des réactions motrices et affectivo-motrices que nous rencontrons chez nos malades, il ne faut pas sans doute exagérer l'importance, vu la pauvreté relative de ces moyens d'expression, mais il ne faut pas non plus la négliger ni la méconnaître.

Rien n'est plus caractéristique à cet égard, parmi les réactions motrices, que le négativisme, la folie d'opposition, que présentent à peu près tous nos malades : chez Adrienne la résistance offerte aux investigations médicales, chez Dorothée la non-exécution des ordres qui lui sont donnés, chez Gabrielle le refus de recevoir des visites, chez Emma le refus de voir ses amis, chez Adrienne et chez Emma le refus de sortir et de travailler, chez Dorothée et chez Fernande le refus de pourvoir aux soins de toilette, chez Adrienne, Dorothée et Emma la taciturnité ou le mutisme, chez Adrienne, Berthe, Emma et Fernande le refus de se lever, chez Adrienne, Dorothée, Emma et Gabrielle le refus enfin de nourriture témoignent de l'intensité de ce trouble psycho-moteur, associé le plus souvent à l'inactivité et à l'inertie, comme chez Adrienne, Dorothée, Emma, Fernande, et même presque à la stupeur, comme chez Berthe.

De même, et plus encore peut-être, pour les réactions affectivo-motrices les similitudes sont frappantes. Tous nos malades, sans exception, présentent des crises anxieuses : Adrienne, Berthe, Charles, Dorothée font des scènes de désespoir ; Emma continuellement excitée et anxieuse, sou-

vent violente, présente de véritables accès d'agitation panophibique ; Fernande entre dans l'aliénation par des crises de terreur, et un accablement coupé de larmes et d'agitation anxieuse objective son instabilité affectivo-motrice ; enfin Gabrielle est, pour ainsi dire, perpétuellement au paroxysme de l'anxiété.

Par ailleurs le déséquilibre affectivo-moteur se traduit de mille manières, au gré du caractère et des orientations délirantes des malades. Adrienne est capricieuse, égoïste, exigeante, excessive dans ses pudeurs ; elle se sent agacée. Berthe se montre à la fois exigeante et timide. Agacé, agité et abattu, Charles éprouve, à la fois, le besoin de se plaindre à tout le monde et de fuir toute société. Le caractère de Dorothée s'est aigri : son humeur est devenue méchante et maussade. Désobéissante, orgueilleuse, autoritaire, dédaigneuse, souvent hargneuse, Emma s'efforce d'être polie et contient mal son hostilité : facile à la colère, elle a souvent recours à la fuite, elle manifeste le désir de se retirer du monde pour trouver enfin un abri contre ses persécuteurs. Fernande est pleine de menaces, d'injures et d'intentions de vengeance. Gabrielle amplifie éperdument tout ce qui touche à son anxiété délirante : à l'en croire tous ses rêves sont infectés de son persécuteur ; en fin de compte, mise au pied du mur, elle ne peut exciper que d'un seul exemple.

Ce dernier fait nous introduit dans le domaine de l'énonciation des mouvements psychiques produits par les états affectifs. Mais ces mouvements psychiques, qui tendent moins à analyser le trouble émotif qu'à le réaliser à leur manière au dehors, entretiennent avec les réactions affectivo-motrices et motrices des rapports assez étroits pour mériter de trouver ici leur place.

Nous allons essayer d'en donner la preuve. Idées, menaces, tentatives de suicide se mêlent étroitement chez nos malades. Adrienne, Berthe, Dorothée, Fernande marquent l'intention de se donner la mort ; Charles ne sait s'il en a peur ou envie ; Gabrielle menace d'en finir avec la vie,

elle va plus loin et fait dans ce but bonne provision de verre pilé ; Adrienne a essayé de se suicider et il est possible que Fernande en ait fait autant. De même nombre de nos malades ont, des remèdes et des interventions, un prurit qui, chez Adrienne et chez Emma, se révèle par l'absorption de préparations médicamenteuses plus ou moins illusoires, chez Fernande, par la multiplicité des médecins auxquels elle a recours, mais ailleurs, se cantonne, faute de mieux, dans le domaine des aspirations et des désirs : Adrienne estime qu'il faut l'opérer pour « l'estomac ou l'appendicite », Gabrielle réclame une opération césarienne. De l'idée, riche de suggestions motrices, au mouvement il y a donc continuité.

Il semble, par conséquent, que nous soyons en droit de compter, parmi les manifestations quasi objectives de leur déséquilibre affectif, la conviction où sont tous nos malades, quand ils ont, au moins en partie, conscience du caractère morbide de leur état, de leur incurabilité absolue. Ni Adrienne, ni Berthe, ni Dorothée, ni Fernande n'admettent la possibilité d'une guérison, que Charles déclare n'avoir plus la force morale d'espérer, manière de s'exprimer qui nous fait franchir une nouvelle frontière, puisqu'elle vise à interpréter et à analyser le trouble et non plus à le décrire.

Il serait naturel de supposer, entre les réactions motrices, considérées comme effets, et les idées délirantes, considérées comme causes, une correspondance étroite, en nature à la fois et en intensité. L'observation démontre qu'un tel parallélisme n'est ni constant ni, par conséquent, nécessaire, et réalise parfois sous nos yeux un véritable paradoxe moteur, en isolant les comportements morbides de toute déviation discursive grossièrement évidente.

Sans doute les réactions motrices traduisent souvent dans la conduite l'originalité des conceptions délirantes et semblent alors satisfaire aux exigences de notre logique. Dorothée croit son corps détruit ou transformé : comment s'étonner qu'elle s'entête dans la nudité pour mieux contem-



pler l'ensemble de ce qui lui en reste, qu'elle s'écorche le visage pour en vérifier l'existence, qu'elle se confine dans des gestes, des mouvements, des attitudes destinés à remettre ou à maintenir les choses en place, qu'elle professe l'horreur des contacts qui pourraient compromettre un bien précaire équilibre, et des foules où ces contacts seraient inévitables, qu'elle médite sur les moyens d'assister au mariage de ses sœurs sans courir tous ces dangers? De même Gabrielle, convaincue de la nécessité du secret, refuse de recevoir des visites. Dans ces deux cas réactions motrices et idées délirantes correspondent à la fois en nature et en intensité.

Mais il arrive aussi parfois que la correspondance, persistant en intensité, se fasse moins saisissable en nature. Emma est une grande délirante, à la fois en pensée et en acte. Or ses conceptions morbides se sont distribuées, nous l'avons vu, en deux groupes logiquement irréductibles. Son mari, possédé comme elle en un sens, en un autre sens est aussi son persécuteur : quand elle renonce à partager son lit, à manger avec lui, est-ce du persécuteur ou du possédé qu'elle redoute le contact et la présence? Quand elle refuse de se lever, de sortir, de travailler, est-ce pour se soustraire à ceux qui la persécutent ou à ceux qui la possèdent? Questions à jamais insolubles : tout raccord demeure ici impossible entre le détail des réactions motrices et le contenu discret des délires. Les explications mêmes de la malade sont éminemment suspectes : postérieures qu'elles sont à l'événement, tout comme les nôtres, elles l'éclairent d'avant en arrière, alors que les motifs l'ont déterminé d'arrière en avant, et elles n'auraient chance d'être valables que si les motifs étaient, sans conteste, susceptibles d'une expression discursive adéquate, ce qui est précisément la question. A la limite la contradiction s'installe entre les réactions motrices et l'habitus délirant : Fernande, exécutant le leit-motiv de son insensibilité totale, refuse de se lever, sous prétexte qu'un rien la fatigue.

Les mêmes constatations vaudraient pour les réactions affectivo-motrices : Fernande s'emporte en injures et en menaces contre son persécuteur : quoi de plus naturel ? Mais elle se désole de son insensibilité physique et morale : quoi de plus contradictoire ? Et, des violences et de l'agitation d'Emma, point n'est possible de dire toujours si elles tiennent à ses idées de possession ou à ses idées de persécution.

Ainsi se relâche, graduellement, le lien précis et logique que nous croyons d'abord découvrir entre les réactions motrices et affectives et les idées délirantes. Mais avec Adrienne nous touchons au comble du paradoxe : à des réactions motrices d'une intensité et d'une originalité singulières, à des réactions affectivo-motrices faites pour décourager Jérémie, plus rien ne correspond de ce qu'on est convenu d'appeler classiquement un délire. Sans doute s'accuse-t-elle incidemment de consommer le malheur de toute sa famille, mais ce n'est là le motif ni de sa conduite ni de son anxiété : au moment même elle ne trouve rien à répondre, sinon qu'elle a une maladie d'estomac, en laquelle se résume vraisemblablement à ses yeux un ensemble de souffrances si considérable qu'il a envahi tout l'organisme. Nous restons loin cependant des systématisations délirantes qui signalent les autres observations. Mais l'expérience que nous avons acquise maintenant grâce à elles, va précisément nous permettre de confirmer, par une autre voie, l'hypothèse que nous avons proposée au sujet d'Adrienne.

Un premier groupe de faits nous a montré les réactions motrices et affectivo-motrices correspondant aux idées délirantes en nature et en intensité. Dans un second groupe, seule la correspondance en intensité est demeurée manifeste : un mouvement discursif ne parvient plus à rejoindre, logiquement et membre à membre pour ainsi dire, réactions et délires, mais l'ensemble des réactions continue à répondre à la masse et à l'intensité des conceptions délirantes. C'est donc qu'ici, selon toute probabilité, les préoccupations hypo-

condriaques, dont l'expression discrète confine à la normale, mais que leur tonalité, leur richesse et leur systématisation rendent cependant déjà suspectes, sont véritablement l'équivalent d'un délire, auquel elles n'ont pas abouti faute simplement d'un perfectionnement discursif, dont la pensée morbide, s'étant par ailleurs satisfaite en ses expansions motrices et affectives, n'a pas senti la nécessité. Ce nous est une indication d'avoir à les manier d'une main particulièrement délicate, quand nous en viendrons à l'étude des réactions intellectuelles, et d'y supposer, par anticipation, quelque chose de ce qui, à un stade plus avancé, est construction franchement et évidemment délirante.

Mais nous n'avons pas tout dit encore des réactions motrices et affectivo-motrices. Il importe de faire une dernière remarque, qui va mettre en question, avec leur objectivité, celui de leurs caractères qui les recommande le plus à nos yeux.

Ces manifestations affectives et motrices s'exagèrent le plus souvent en présence des médecins, mais on peut admettre que cette exagération est naturelle et sincère. Il y a plus, elles ont souvent un caractère théâtral : le désespoir de Gabrielle par exemple donne bien l'impression d'être dramatisé ; ce peut, il est vrai, n'être qu'une impression. Mais Charles avoue le plaisir qu'il éprouve à exhaler ses plaintes et à trouver des oreilles complaisantes pour les entendre. Mais l'horreur de Dorothée pour les contacts et les foules ne l'empêche pas de se mêler à des fêtes souvent tumultueuses et sa sincérité, contrariée par son orgueil, ne va pas jusqu'à écrire elle-même les lettres qu'elle nous adresse. Mais Adrienne contrefait sa démarche, quand elle se sent observée ; nourrie à la sonde, parce qu'elle refuse toute nourriture, elle en vient à se la passer elle-même : de l'intervention thérapeutique un moment nécessaire elle conserve un vain cérémonial, dont se repaissent ses préoccupations hypocondriaques et se flattent peut-être sa vanité

et son désir d'attirer l'attention. Enfin la mythomanie de Fernande éclate à ce point, dans ses confidences et dans ses écrits, qu'il nous est à peu près impossible de savoir si elle ne s'insinue pas dans son délire, pour le colorer au mieux de ses désirs et de ses caprices. Sans doute, en fin de compte, Fernande réalise si nettement un tableau morbide dès longtemps connu qu'il est bien évident qu'elle ne l'a pas inventé de toutes pièces : sur les détails, sinon sur l'ensemble, le doute n'en continue pas moins à planer. Ainsi, d'un mouvement insensible, qui parcourt cinq de nos observations sur sept, nous sommes, à ce point de vue, portés d'un simple soupçon à la quasi-certitude : la part du concerté et du voulu se fait à chaque pas plus flagrante et plus importante.

Si donc les réactions affectives et motrices sont pour une immense part objectives, toutefois nous ne sommes presque jamais absolument sûrs qu'elles ne sont pas, en partie, amplifiées. Sans doute le rôle que remplissent alors les malades leur est imposé, le plus souvent, par la nature même de leurs conceptions délirantes, mais combien serait-il préférable pour nous qu'au lieu de les jouer, ils se contentassent de les vivre !

---

### III

#### LE PARADOXE AFFECTIF

Des réactions affectives verbales restent à étudier celles où les états affectifs prétendent à se définir et à se conceptualiser. Celles, en effet, où les mouvements intimes nés des émotions trouvent une expression objective, méritent bien plutôt, comme nous l'avons fait, d'être rapprochées des réactions affectivo-motrices. Autre chose, à tous égards, est d'injurier notre ennemi et d'analyser les motifs et les nuances de notre colère pour prendre mieux conscience de ses conditions et de son intensité.

Chez plusieurs de nos malades s'esquisse ou s'affirme un nouveau paradoxe, affectif celui-là, encore plus saisissant peut-être que le paradoxe moteur. Ils ont beau présenter tous des réactions affectivo-motrices, principalement anxieuses, d'une exceptionnelle intensité ; quelques-uns n'en dénoncent pas moins une insensibilité, physique, morale ou physique et morale à la fois, qui connaît tous les degrés, de l'indifférence partielle et de la simple torpeur au sommeil affectif le plus profond et à l'anesthésie la plus radicale.

Cette contradiction a déjà été signalée et commentée par nombre d'auteurs. « Toutes les affections sont transformées, dit Guislain <sup>1</sup>, en sentiments pénibles. Ce que le mélancolique aimait avant sa maladie, ce qu'il adorait, il le considère avec indifférence, il ne s'en inquiète plus. Je n'aime plus mes enfants, dit cette mère. Je n'aime plus mon mari, dit

1. *Leçons orales sur les Phrénopathies*, 2<sup>e</sup> éd., 1880, I, p. 86.



cette femme, etc. ». Cette inaffectivité, cette insouciance, cette indifférence, données pour autant de « sentiments pénibles », constituent bien une première expression du problème que nos malades nous posent. Plus près de nous, M. Janet <sup>1</sup> parle de l'indifférence inattendue des psychasthéniques, dont eux-mêmes ne se rendent pas toujours compte ; chez eux les émotions s'arrêtent rapidement, avortent et se transforment en ruminations et en angoisses ; l'angoisse étant « la plus basse des émotions <sup>2</sup> », il est bien naturel qu'elle puisse coexister avec cette indifférence. Ce n'est pas pour le moment l'explication du fait qui nous importe, mais simplement sa constatation, et il nous suffit que M. Janet considère les psychasthéniques comme angoissés à la fois et indifférents. Récemment enfin M. R. d'Allonnes <sup>3</sup> établissait toute une théorie physiologique des émotions sur la persistance de certaines réactions affectivo-motrices chez une malade qui se plaignait d'une insensibilité morale absolue. Le paradoxe affectif sur lequel, à notre tour, nous attirons l'attention, n'est donc ni une nouveauté, ni une découverte, ce qui n'est pas pour en diminuer la valeur.

Il commence par se présenter sous des formes si atténuées et si discrètes qu'il semble presque naturel et à peu près intelligible. Dorothée, tout entière à son anxiété délirante, demeure d'abord indifférente aux visites de ses parents, mais elle ne se plaint pas de cette indifférence et ne la dénonce pas d'elle-même ; plus tard, la chronicité et l'habitude du mal aidant, les sentiments affectifs et altruistes refont leur apparition ; cependant elle reconnaît ne plus éprouver à lire des romans les mêmes joies qu'autrefois ;

1. *Les Obsessions et la Psychasthénie*, 1903, p. 370-379. (Paris, F. Alcan).

2. *Loc. cit.*, p. 378.

3. *Les Inclinations, leur Rôle dans la Psychologie des Sentiments*, 1908 (Paris, F. Alcan). Suivant cet auteur il n'est pas d'émotion sans une base viscéro-cérébrale et les sensations somatiques internes sont les conditions essentielles et suffisantes des états affectifs. La mimique au contraire est expression, non facteur des émotions. Du fait de l'acoutumance ou d'un état pathologique, les réactions motrices peuvent donc subsister alors que les émotions ont en fait disparu.

son moral a beau n'avoir pas changé, c'est ici une nouvelle conséquence de son cas. Et nous sommes assez disposés à l'admettre et à considérer que des préoccupations comme les siennes nous empêcheraient de goûter avec sérénité les plaisirs de la lecture. Sans doute il n'est pas aisé de comprendre pourquoi, alors qu'elle manifeste avec tant de vivacité ses amitiés et ses affections, son intérêt pour les romans a diminué. Néanmoins cette indifférence partielle ou, plus exactement, cette atténuation de certains mouvements émotifs nous paraît pleinement compatible avec le déploiement affectif, largement motivé, auquel nous assistons par ailleurs.

De même Charles se préoccupe exclusivement de son état, rien ne l'intéresse, il n'a plus de goût ni de plaisir à rien. Mais c'est aux modifications profondes, non à la disparition de son affectivité, que tient son indifférence : son affectivité n'a plus la souplesse d'une affectivité normale, apte à passer, au gré des événements, par tous les degrés de la douleur et de la joie, du désir et du regret, de l'espérance et du désespoir ; elle est réfractaire à toutes les influences qui iraient à l'encontre du sombre pessimisme où elle est engagée tout entière. D'une pareille cristallisation affective, il nous semble que nous ayons une lointaine expérience et qu'il nous soit, par conséquent, possible de la reconstituer mentalement. Il est cependant permis de soupçonner, notons-le, que, étant donnés son objet et l'atmosphère d'anxiété dans laquelle elle baigne, cette indifférence pour les siens et pour son travail, que Charles dénonce, est bien différente de l'indifférence, de la neutralité émotive, qui est notre attitude normale à l'égard de tout ce qui ne nous touche point, en nos rares moments de nirvana affectif. Si donc c'est sur cette indifférence que Charles insiste, pour légitime et intelligible qu'elle nous paraisse au premier abord, il n'y en aura pas moins lieu de la scruter et de l'interpréter avec une scrupuleuse méfiance.

Chez Berthe, au contraire, le paradoxe affectif se pose avec

une incontestable netteté. Il est difficile, avons-nous dit, de trouver anxiété plus marquée et plus diffuse. Cependant la malade professe avoir perdu toute sensibilité physique, ne plus éprouver que de rares « élans », ne plus sentir rien qui « vibre » en elle; en même temps elle déclare souffrir de partout et être sensible aux douleurs d'autrui au point d'avoir l'impression de les éprouver elle-même. Non seulement, donc, il y a contradiction entre les manifestations objectives de son affectivité et la manière dont elle en rend compte, mais encore entre les expressions successives de ses états émotifs.

Cette double contradiction atteint son maximum chez Fernande. Nous la voyons, alternativement ou simultanément, dénoncer une insensibilité organique externe et interne associée à d'horribles souffrances physiques, et une anesthésie morale, mêlée de mille manifestations émotionnelles, au point même que les unes deviennent à ses yeux la démonstration des autres. Perdue dans cet inextricable dédale d'affirmations morbides, notre pensée ne saisit plus aucun des processus discursifs, par où il lui serait loisible de réaliser approximativement de tels états de conscience.

C'est qu'en effet, pour pouvoir ici parler, sans plus, d'indifférence et d'insensibilité physiques et morales, il faut isoler certaines déclarations des malades, non seulement des réactions affectivo-motrices qui les accompagnent ou qui les encadrent, mais encore des ensembles discursifs dont elles font partie et de tout le milieu mental où elles ont pris naissance. Replongées dans cet ensemble et dans ce milieu, elles perdent beaucoup de leur apparente netteté. Ce ne sont pas une indifférence, une inaffectivité pures, qui sont le plus universellement dénoncées, mais une insensibilité douloureuse et une souffrance insensible.

Dès lors c'est une question de savoir s'il faut prendre cette inaffectivité à la lettre, puisque non seulement elle contredit la constatation objective que nous sommes à même de faire des réactions affectivo-motrices concomi-

tantes, mais encore elle se contredit elle-même. Peut-être sont-ce ici surtout les formules négatives qu'affectionnent les malades qui viennent, superficiellement, compliquer le problème.

Nous ne songeons pas à invoquer l'existence d'une sorte de zéro affectif, lorsque des mélancoliques anxieux, comme Charles, se plaignent d'être obsédés par l'idée de suicide, sans pouvoir définir s'ils en ont peur ou envie. Cependant, l'envie et la peur étant normalement conçues comme des sentiments contraires, il semblerait que, logiquement, l'état affectif qui oscille entre ces deux extrêmes soit une sorte d'état d'indifférence. Mais ici les expressions mêmes du malade nous avertissent qu'il s'agit d'une émotion positive, et nous nous contentons de constater que le malade est incapable d'en démêler la nature et de la faire entrer dans les cadres de ses expériences antérieures et des représentations verbalement exprimables. Nous ne songeons pas un instant à nier pour cela son affectivité.

Or cette peur qui est envie, cette envie qui est peur semblent bien éclairer la souffrance insensible, l'insensibilité douloureuse, qui sont présentement l'objet de notre recherche. Avant de prendre à notre compte une partie, et une partie seulement, des affirmations de nos malades, c'est-à-dire l'ensemble de leurs formules négatives détachées de celles qui les infirment ou les contredisent, et de considérer que sur ce point leurs plaintes sont fondées et légitimes, il y a donc lieu de se demander si, sous ce courant négateur, ne se dissimule pas un état affectif, irréductible sans doute à l'expérience commune, mais néanmoins affectif. Et, de ce point de vue, la négation de la sensibilité physique et morale devient, provisoirement du moins, une idée délirante, dont l'étude complète trouvera dès lors ailleurs sa véritable place.

---

#### IV

#### LA PENSÉE MORBIDE ET LE LANGAGE

Nous voici donc naturellement amenés à l'étude des réactions intellectuelles, dont nous avons déjà fait entrevoir les probables difficultés. Il est loin de notre pensée de prétendre que les réactions affectivo-motrices et motrices ne nous révèlent rien de l'état mental des malades. Mais pour en pénétrer le détail et toute la riche diversité, le seul moyen d'une utilisation, pour ainsi dire, illimitée que nous possédions est d'entrer en conversation avec eux et de prendre note de leurs propos. L'examen objectif peut faire soupçonner l'existence de manifestations morbides d'ordre intellectuel; mais les réactions intellectuelles ne paraissent définitivement et incontestablement troublées que lorsque le langage témoigne évidemment de ce trouble par les modifications qu'il souligne dans le régime familier des concepts. Or il est bien évident que l'expression discursive possède une certaine souplesse, qui lui permet de s'adapter, au moins approximativement, à des situations mentales assez différentes : quand, donc, ses capacités de souplesse et d'approximation ne sont pas encore dépassées, elle peut conserver une apparence normale et recouvrir, cependant, une pensée déjà pathologique. D'où une première indication d'avoir, dans nos recherches, à nous entourer de mille précautions dans l'analyse et l'interprétation des dires de nos malades, alors même qu'ils semblent parler notre langue et ne présenter aucune idée délirante, quand, par ailleurs, les réactions affectivo-motrices et motrices nous invitent à suspecter la qualité de leurs processus mentaux.



Cette nécessité se fera plus évidente encore, si nous considérons que le langage morbide nous est parfois complètement incompréhensible et que, dans ces conditions, nous ne saurions arguer sans réserve des cas où il nous semble d'une parfaite intelligibilité, puisque cette intelligibilité peut n'être qu'apparente, d'autant que, de cette incompréhensibilité complète à cette apparence d'intelligibilité parfaite, en passant par toute la gamme des formules délirantes, l'observation nous révèle de malade à malade une impressionnante continuité.

Souvent cette incompréhensibilité est, pour ainsi dire, massive : les récriminations d'Emma, les interprétations de Gabrielle forment des sortes de blocs verbaux d'une composition et d'une structure si inattendues que notre oreille est seule, au fond, à les percevoir. Il est impossible d'en prendre note<sup>1</sup> : l'écriture sous dictée, si machinale soit-elle, suppose toujours une fugitive intelligence de ce qu'on écrit et la possibilité latente de sa compréhension ; si une absurdité se glisse dans le texte qui nous est dicté, notre attention en général se réveille et le mécanisme graphique cesse brusquement de jouer. On pourrait presque dire qu'ici il peut à peine être mis en marche. A plus forte raison, de ces volubiles déclarations, ne garde-t-on d'autre souvenir que celui d'un prodigieux éclatement affectif et verbal, dont nous retrouvons épars dans notre mémoire quelques informes débris, en lesquels, à tête reposée, nous voyons, faute de mieux, des conceptions délirantes. Mais à ce degré le délire a, pour ainsi dire, dépassé les formes conceptuelles.

Ailleurs l'incompréhensibilité se fait plus discrète et, en un sens, plus saisissable : au milieu de plaintes sans doute délirantes,

1. On ne parvient même pas à les sténographier exactement. M. Deny et M<sup>me</sup> Long-Landry, présentant à la Société de Psychiatrie, en décembre 1912, une malade, sur ce point au moins comparable aux nôtres, rapportent qu'ils ont fait sténographier ses propos, mais que, « de l'avis de la sténographe elle-même, il n'est pas possible de reproduire avec une exactitude littérale, un langage aussi bizarre et déconcertant par son allure et sa composition » (*Encéphale*, 1913, I, p. 79, note).

mais dont l'expression ne nous semble pas sortir des bornes de notre expérience et, par conséquent, prête matière aux complaisances de notre imagination, Charles déclare avoir senti une boule noire lui traverser la tête et, brusquement, nous voilà hors d'état de comprendre et de réaliser cette sensation véritablement unique, à la fois cénesthésique et visuelle. Sous cette forme l'inielligibilité du langage morbide est plus instructive que sous la précédente : tout à l'heure elle pouvait être mise, à la rigueur, sur le compte d'une exaltation affective momentanée ; mais ici, c'est au cours d'un développement que nous croyons pouvoir suivre dans ses détails et où le malade semble définir son état en des termes qui nous permettent de nous le représenter à peu près, que l'inielligibilité éclate, sans que le ton affectif se soit sensiblement modifié.

Ailleurs encore, comme Berthe en offre un saisissant exemple, le langage morbide présente des difficultés plus subtiles. Rien de plus banal à première vue, rien de moins ésotérique que la plupart des expressions en lesquelles s'objectivent ses troubles mentaux, si on les considère isolément. Cependant, du rapprochement et de la continuité que la conversation de la malade établit spontanément entre elles, naît l'impression qu'il n'est point en réalité possible de parvenir à leur partielle intelligence sans une sorte d'initiation aux formations psychiques originales qui déterminent leur emploi. A l'épreuve les termes que Berthe nous emprunte se trouvent ne plus recouvrir un système de représentations analogue au nôtre et répondre à des complexités conceptuelles dont nous n'avons pas l'expérience. C'est véritablement, malgré l'apparence, une langue étrangère qu'elle nous parle, et la moins inattendue de ses plaintes nécessite, en fait, pour être comprise, un effort de traduction d'autant plus délicat qu'il ne saurait aboutir sans ramener à une sorte d'état d'indifférenciation initiale des éléments dont la distinction, soulignée par notre langage, apparaît à notre pensée comme une de ses conditions fondamentales.

Al'autre extrémité de la chaîne nous retrouvons Adrienne. Emma, Gabrielle, Charles, Berthe étaient manifestement délirants, et ce sont des idées délirantes dont leur langage en général nous fournissait l'expression. Ici la situation est plus difficile à juger. Les préoccupations hypocondriaques d'Adrienne, tant par leur localisation que par leur violence, débordent étrangement les quelques troubles organiques ou fonctionnels, que l'examen objectif permet de constater, et motivent des réactions motrices et affectivo-motrices intenses et paradoxales : force nous est donc d'y voir l'effet d'une conviction morbide.

Mais suffit-il pour être taxé de délirant, de se plaindre de sa santé, quand ces plaintes ne semblent rien avoir d'anormal, sinon leur persistance et l'absence de lésions ou de troubles correspondants ? Admettons que la conviction soit ici délirante : le développement discursif qu'elle reçoit n'utilise, en revanche, aucun des procédés nettement paralogiques, dont les autres observations nous ont fourni tant d'exemples, et ne suppose pas, au moins à première vue, dans l'expérience interne ou externe, ces transpositions de valeur représentative et ce régime de subordinations surnaturelles, qui définissent en général le délire. Dans le détail de ses plaintes, Adrienne ne diffère pas grossièrement de malades que nul ne songerait à considérer comme aliénés. Vu l'intensité de ses réactions affectivo-motrices, nous avons cependant déjà été amené à soupçonner chez elle l'équivalent d'un délire. A constater que le langage morbide, alors même qu'il nous paraît le plus limpide, nous reste en réalité directement inintelligible, nous nous trouvons d'ailleurs encore confirmé et justifié dans notre soupçon.

Il se pourrait que nous eussions précisément atteint ici cette limite, que nous faisons entrevoir tout à l'heure, où l'approximation des concepts morbides et des concepts normaux est encore suffisante pour que leur désaccord ne se traduise pas brutalement dans le langage, mais où la pensée morbide ne saurait pourtant, sans péril, se reconstituer avec des

expériences et des représentations, qui peut-être ne lui sont plus superposables. Sous le luxe d'images et de métaphores qui entourent les préoccupations d'Adrienne d'une vaporeuse clarté, ne se dissimule-t-il pas un trouble original de l'activité psychique, dont l'analyse, à la lumière des renseignements que les autres observations nous apportent, serait susceptible de nous éclairer sur la nature et le caractère des réactions intellectuelles morbides, avant qu'elles ne s'épanouissent en conceptions franchement délirantes?

---

## V

### LES IMAGES ET LES MÉTAPHORES

Ce luxe d'images et de métaphores n'est pas le privilège exclusif d'Adrienne. Il est à peu près de règle chez nos malades. Mais tantôt, comme chez Adrienne, images et métaphores ne cessent jamais d'être considérées comme telles, ne se donnent jamais pour l'expression adéquate de la réalité, restent libres de toute association ou transformation délirantes précises; tantôt, tout en réalisant avec des conceptions délirantes une sorte de symbiose, elles leur demeurent, pour ainsi dire, parallèles et conservent, au moins en partie, leur valeur figurative; tantôt enfin elles s'incorporent au délire, jusqu'à perdre, comparaison devenant raison, leur propriété spécifique.

Le langage métaphorique est à ce point une forme normale de la pensée discursive qu'il est né avec elle et que la plupart des termes que nous employons sont de vieilles images démonétisées. Nous ne nous faisons point faute d'y recourir, quand les mots précis nous manquent pour traduire ce que nous éprouvons, quand l'expression directe nous paraît incomplètement satisfaire aux exigences particulières de notre pensée, et cet appel à la métaphore est spontané, presque inconscient : l'image jaillit plus ou moins immédiatement du contact de notre expérience antérieure avec des réalités nouvelles. D'où, quand nous entendons les malades user et abuser des images et des métaphores, cette idée toute naturelle que leur situation mentale est tout à fait identique à ce qu'est la nôtre en pareil cas et que, par



conséquent, s'ils emploient semblables procédés d'expression, c'est que se trouvent précisément présentes à leur conscience les données objectives qui susciteraient en nous des réactions analogues.

Aussi nombre de cliniciens et de psychologues ont-ils été amenés à faire jouer ici un rôle prépondérant aux troubles de la sensibilité générale : des lamentations si originales des malades sur leur état physique on a conclu qu'ils devaient éprouver, en fait, ce qu'il semble que nous aurions besoin d'éprouver pour formuler les mêmes plaintes. Mais l'examen objectif de la sensibilité viscérale, extrêmement difficile à pratiquer, n'a donné que des résultats négatifs ou sujets à bien des interprétations, et les troubles vaso-moteurs, tels que cyanose des extrémités, ralentissement et faiblesse du pouls, diminution des excrétions glandulaires, qui semblent devoir se traduire à la conscience par une modification des sensations cénesthésiques, se rencontrent en bien d'autres états sans produire les mêmes effets : s'ils sont causes, ils ne sont donc pas seuls en cause. D'autre part ils peuvent se permettre d'être absents : s'ils sont causes quelquefois, ils ne le sont donc pas en tous les cas. Malgré ses prétentions la théorie cénesthésique est donc une hypothèse psychologique et c'est, du reste, de ce point de vue qu'il nous importe de la juger.

Évidemment certaines plaintes de nos malades sont à ce point identiques à celles que nous formulons nous-mêmes qu'il semble difficile de ne pas admettre, derrière elles, des douleurs au moins analogues aux nôtres. Migraines, céphalées, étourdissements, vertiges, étouffements, suffocations, oppressions, embarras, atonie, battements et gonflements gastriques, battements et palpitations de cœur, névralgies intercostales, crampes, fourmillements, picotements, impatiences musculaires, sensations de froid, rhumatismes, douleurs au front, aux gencives, à la nuque, à la gorge, aux bras, à la poitrine, aux reins, au ventre, aux genoux, aux pieds, aux chevilles, tremblements intérieurs, faiblesse gé-

nérale, tel est le bilan d'Adrienne, Berthe, Charles, Dorothée et Emma. Sans doute est-il rare d'éprouver autant de douleurs à la fois et leur multiplicité a déjà de quoi nous étonner : ce n'est cependant pas une raison pour méconnaître que, lorsque nous souffrons, nous ne parlons pas autrement de nos souffrances.

Il n'est pas, non plus, de notre intention de prétendre que les métaphores de nos malades soient en général inattendues pour nous : sensation de barre, de pression, de coup de lancette ou de crochet, de tiraillement de cordon (Adrienne), sensation de lourdeur (Berthe), sensation de plaque sur le crâne, de vide et de plomb dans la tête, d'éclairs douloureux à travers le corps, de paralysie (Charles), sensation de casque, de pointes, de picotements d'aiguilles, de glacière (Emma), sensation de détente et de paralysie des fibres nerveuses, de ressort détendu (Fernande) sont, peut-être, quelquefois comparaisons un peu recherchées. Toutes cependant ont été, plus ou moins, employées par des normaux, pour rendre compte de troubles fonctionnels ou organiques. Encore une fois c'est leur multiplicité, beaucoup plus que leur nature qui nous arrête.

Mais souvent ces métaphores, comme Janus, ont deux visages : une face, pour ainsi parler, cénesthésique, qui nous est maintenant familière, et une face délirante. Berthe parle de manque d'élasticité, d'atrophie des chairs ; mais elle est, dit-elle, un beau sujet anatomique, une vraie momie. Les membres d'Emma sont disloqués, ses yeux se retirent, sa cervelle et son corps sont vidés, ses hanches et ses entrailles sont arrachées, elle a peine à marcher, à tourner les yeux et la tête comme autrefois, elle est comme chargée de quelqu'un ; mais toutes ces images n'acquièrent leur véritable valeur qu'à la lumière de son délire de possession. Il semble à Fernande que ses paupières retombent sur des trous, qu'elle n'ait plus de corps, qu'elle soit morte ; mais, à l'en croire, elle est, en fait, une momie, une machine automatique. Images, comparaisons, méta-

phores se perdent alors dans le délire comme les fleuves dans la mer.

C'est ici véritablement que se pose tout le problème : faut-il admettre que les troubles cénesthésiques, après avoir engendré des plaintes qui nous paraissent si naturelles qu'elles nous sont une preuve de l'objectivité de leur cause, poursuivant la série de leurs effets, aient produit et réalisé les délires, ou faut-il, au contraire, vu la continuité que le jeu des métaphores établit entre les plaintes et les concepts délirants, suspecter que la subjectivité des délires pénètre jusqu'à l'intimité de ces plaintes mêmes et s'interdire de les rattacher *a priori* aux modifications cénesthésiques qu'elles supposent normalement ? De ces deux opinions nous allons essayer de défendre et de motiver la seconde.

Tout d'abord, quand par hasard l'examen clinique permet de déterminer l'existence de lésions organiques ou de troubles fonctionnels, on constate, non sans surprise, que troubles et lésions ne jouent pas le premier rôle dans les préoccupations ou dans les délires des malades. Le fait est banal, mais vaut cependant d'être retenu. Berthe n'insiste ni sur son entérocolite ni sur l'état de ses organes génitaux, douloureux cependant à l'examen. L'atrophie papillaire gauche de Charles l'inquiète, mais beaucoup moins que tout le reste. Ce n'est pas à son inflammation tubo-ovarienne probable qu'Adrienne s'arrête le plus volontiers, et celles des innombrables douleurs qu'elle dénonce qui pourraient à la rigueur en relever, sont si bizarrement localisées et à ce point dénaturées qu'elles en deviennent presque méconnaissables. Si les troubles cénesthésiques jouaient le rôle qu'on leur attribue, comment comprendre que des malades, dont toute l'évolution morbide manifeste, conformément à la théorie, la prédisposition aux cénesthopathies simples ou délirantes, ne saisissent pas, pour échafauder l'essentiel de leurs préoccupations ou de leurs délires, l'occasion des lésions organiques et des troubles fonctionnels dont ils sont atteints et

dont il est bien naturel de conjecturer qu'ils entraînent des modifications de la cénesthésie ?

D'autre part, la théorie cénesthésique suppose que les malades parlent notre langue. En réalité c'est un postulat discutable, car nous sommes souvent dans l'incertitude sur le véritable sens de leurs plaintes. Il semble, par exemple, à Charles qu'il manque quelque chose à ses jambes, au bout de ses doigts : troubles cénesthésiques, conclura-t-on, puisque c'est notre sensibilité qui nous avertirait d'un tel trouble ; ce n'est plus délié comme autrefois : trouble kinesthésique, ajoutera-t-on, puisque la motricité semble maintenant intéressée. Mais y a-t-il lieu, en réalité, de supposer ici des troubles cénesthésiques, centraux ou périphériques ? C'est la question. Si les objets paraissent changés à Charles, c'est, selon lui, qu'il ne saurait plus s'en servir comme autrefois, c'est son aboulie, son impuissance à agir, son manque de courage, qui sont en cause. N'est-ce pas cette aboulie qui se traduit encore par ce défaut de délié et ce manque de quelque chose au bout des doigts, le même trouble recevant ainsi, à la fois, une expression objective et subjective ? Conjecture, dira-t-on, mais conjecture bien plausible, après ce que nos observations nous ont appris des glissements insensibles qui se produisent dans la conscience des malades entre les groupements conceptuels, que la pensée normale tient pour le décalque de la réalité.

Le même Charles parle de l'obstruction, du déplacement de son cerveau qui est comme s'il n'était pas : trouble cénesthésique encore, si nous étions bien sûrs qu'il parle de son état organique et non de son activité morale ; or nous avons vu que rien ne nous permettait d'être aussi affirmatif. L'incertitude et la confusion et le paradoxe sont enfin à leur comble, quand il se dit usé, épuisé, fini, malgré son bon état physique, puisqu'il paraît opposer alors l'intégrité de sa cénesthésie à des métaphores qui semblent précisément nécessiter l'existence de troubles cénesthésiques. Les images matérielles nous sont les plus

familiales ; d'une manière générale l'organique s'exprime par comparaison à l'inorganique, la pensée par comparaison à la vie : c'est qu'en matérialisant nos sensations, nos sentiments et nos idées nous nous donnons l'illusion de les mieux comprendre. Mais ce serait beaucoup risquer de prendre ces comparaisons à la lettre.

Enfin, dans les cas mêmes où il semblerait qu'on pût construire le syllogisme qui a conduit le malade des troubles cénesthésiques aux conceptions délirantes, il se trouve, le plus souvent, qu'on est dupe d'une apparence et que la réalité, en fait, ne se prête pas à cette interprétation. Gabrielle, dans son délire de grossesse, dénonce des douleurs abdominales, où elle voit autant de preuves du bien-fondé de ses dires. On serait tenté d'en conclure que son délire est né des sensations internes qu'elle éprouve. Il n'en est pas ainsi cependant : de son propre aveu ces sensations n'ont rien de commun avec les malaises d'une grossesse ordinaire et matérielle ; elles ne revêtent donc à ses yeux un tel caractère qu'en vertu de la conception délirante qui lui en démontre la nature. Ainsi les troubles cénesthésiques ne sont pas la cause du délire, puisque c'est de lui qu'ils tiennent toute leur signification, et il est bien difficile d'être sûr que leur signification ne fait pas presque toute leur existence, tant il semble évident que, libérés de l'interprétation qu'ils ont reçue, ils occuperaient peu de place dans la conscience de la malade. Il n'est en tout cas pas contestable que les troubles cénesthésiques ne sont pas ici primitifs.

Or, quand nous faisons abstraction des conceptions délirantes qui les encadrent et que nous écoutons Gabrielle parler de ses douleurs abdominales, se plaindre de frissons, de « fibres », de tiraillements, de tremblements, de l'espèce de rivet qu'elle sent aux reins, comparer ses souffrances aux effets de la foudre et à la pesanteur du plomb, il nous semble entendre Adrienne, à laquelle nous revenons ainsi après un long détour. C'est la même richesse métaphorique, que d'hypothétiques troubles cénesthésiques ne suf-



fisent pas à expliquer chez la première, sans au moins l'appoint de préoccupations délirantes : y suffiront-ils, à nos yeux, chez la seconde, parce qu'au lieu de délire nous ne trouvons chez elle que des préoccupations hypocondriaques diffuses, qui ne forcent point grossièrement les cadres de notre logique et de notre pensée <sup>1</sup> ?

Pour admettre cette hypothèse il faudrait faire des troubles cénesthésiques quelque chose de mystérieux, qui bouleverse notre expérience et nécessite naturellement, pour s'exprimer, un effort désespéré d'analyse. Or il semble qu'il n'en soit rien. Des troubles cénesthésiques, nous en avons tous éprouvé : nos céphalées, nos névralgies, nos douleurs vagues et erratiques sont autant d'atteintes à notre cénesthésie. Or comment nous comportons-nous à leur égard ? Nous disons souffrir et souffrir de tel et tel endroit. Pareille détermination de notre état nous satisfait en général. Si la souffrance est inattendue et singulière, nous déclarons ne pas savoir ce que nous avons et nous parlons de douleur indéfinissable. Si elle offre des caractères particuliers, nous allons jusqu'à la comparer à la sensation d'une barre, d'un

1. Sous le nom de cénesthopathes, MM. Dupré et P. Camus (*Encéphale*, 1907, II, p. 616) ont isolé des hystériques, des neurasthéniques et des hypocondriaques un type de malades caractérisés par l'intensité, la persistance, la spécificité des malaises sensitifs qu'ils dénoncent, généralement à l'exclusion de tout autre symptôme, à grand renfort d'images et de comparaisons : « Les cénesthopathes sont des malades à hérédité tarée et à déséquilibre constitutionnel ; mais chez eux le déséquilibre atteint seulement ou surtout la sphère sensitive. Ce sont des anormaux de la sensibilité, ce ne sont pas des délirants ». M. Dupré a repris récemment (*le Mouvement Médical*, janvier 1913) cette description des cénesthopathies, « perturbations de la sensibilité centrale des organes, semblant intéresser les territoires centraux de projection », en soulignant toutefois peut-être davantage la fréquence de leurs associations avec des troubles dépressifs, des préoccupations hypocondriaques, des idées de négation et de persécution et la possibilité de leur évolution délirante. La réalité clinique de ce syndrome n'est pas douteuse et nous en avons nous-même publié une observation avec M. P. Camus (*Encéphale*, 1909, I, p. 595). Seules, son autonomie et l'interprétation qu'en ont fournie MM. Dupré et P. Camus nous paraissent soulever des difficultés que nous avons déjà indiquées ailleurs (*XXI<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France*, 1911, p. 51) et sont de nouveau ici, au moins pour une part, l'objet de notre discussion.

étau, d'une vrille. Si elle persiste, nous la subissons avec plus ou moins de résignation. Mais nous sommes plus inquiets de ses conséquences et de sa présence même que de sa nature. Du fait qu'elle existe, elle nous paraît bien suffisamment définie ; aussi nous intéressons-nous à toute autre chose qu'à la définir et ne nous épuisons-nous pas dans ce but en images et en métaphores.

Rien de pareil chez nos malades : ils ne paraissent jamais satisfaits de la manière dont ils ont décrit leur état, ils en multiplient à l'infini l'expression. Sans doute ils ont leurs formules favorites, mais elles se renouvellent et s'enrichissent d'interrogatoire en interrogatoire, si bien qu'on n'est jamais sûr d'en posséder toutes les variantes. Il semble se produire chez eux, autour de leurs impressions cénesthésiques, la même débauche de méditations sans cesse poursuivies et de métaphores sans cesse amplifiées qu'autour des représentations obsédantes. Or chez un individu normal, de même que jamais idée, si inattendue soit-elle, n'atteindra aux caractères des représentations obsédantes, jamais trouble cénesthésique, si étrange et si douloureux soit-il, ne donnera lieu à la frénésie interprétative dont tous nos malades, et en particulier Adrienne avec une exceptionnelle intensité, nous ont fourni l'exemple : toujours il trouvera, même en trichant, dans son expérience antérieure quelque cadre où placer son idée ou son impression nouvelles.

Pourquoi, en présence de ces prétendus troubles cénesthésiques, nos malades ne se contentent-ils pas à aussi peu de frais que nous ? Voilà ce que la théorie cénesthésique ne réussit pas à expliquer, sinon en invoquant une prédisposition qui remet tout en question, puisque, sans elle, les troubles cénesthésiques demeureraient sans effets. Et c'est précisément ce qu'il importerait avant tout d'expliquer, puisque ce n'est pas par des troubles cénesthésiques dont nous avons tous l'expérience, mais par la manière dont ils réagissent que les malades diffèrent de nous. Nous sommes donc en droit de conclure que la théorie cénesthésique,

issue d'hypothèses psychologiques, succombe dans l'explication psychologique des faits auxquels elle prétend satisfaire.

Peut-être nous rendrons-nous mieux compte du luxe d'images et de métaphores, qui nous est apparu ici, d'une manière toujours plus évidente, comme une des caractéristiques essentielles de nos malades, si en psychologie nous nous résignons à être simplement psychologues ? Plus nos connaissances sont objectives, moins les images et les métaphores trouvent de place dans leur expression ; on ne rencontre pas beaucoup de figures de rhétorique en géométrie. L'image et la métaphore ont, au contraire, leur emploi naturel en littérature et en poésie, partout où ce qui prétend à s'exprimer, pénétré de subjectivité, se montre rebelle à nos procédés discursifs et à la généralité plate de la formulation directe. Elles font appel à l'intuition, à défaut de l'intelligence, quand celle-ci, alourdie par l'armature de ses concepts, se laisse, pour ainsi dire, gagner à la course par la multiplicité fuyante du réel. Parallèlement, images et métaphores révèlent que notre besoin d'analyse s'est heurté à des difficultés que les distributions conceptuelles sont hors d'état de surmonter, et s'essaye à se satisfaire par des comparaisons successives et sans cesse plus approchées, dont l'accumulation même finit, à la limite, par nous fournir le sentiment, sinon l'intelligence, de l'irréductible réalité autour de laquelle elles se pressent.

Ce luxe d'images et de métaphores, ce besoin insurmontable d'analyse se rencontrent chez nos malades, comme chez l'artiste et chez le poète. Ne serait-ce pas que les états cénesthésiques, auxquels notre attention ne prête plus semblable dignité, se posent au regard de leur conscience comme un problème aussi difficile à résoudre et aussi digne d'une solution que font, aux yeux d'une élite, les plus subtils mouvements de la sensibilité individuelle ? Mais ceci n'est qu'une hypothèse qui aura besoin d'être confirmée. Qu'il nous suffise, pour le moment, de

nous être rendu compte que les réactions intellectuelles, sous leur forme la plus atténuée, ne sauraient trouver leur explication dans quelque caractère singulier de certains états psychiques, mais au contraire dans l'attitude que prend la conscience à l'égard de ces états.

L'étude de ces premières réactions intellectuelles était, du reste, un acheminement naturel à l'étude des délires, puisque l'objectivation des images, la réalisation des métaphores, comme en témoignent les observations de Berthe, Charles, Emma, Fernande, nous conduisent en plein cœur des conceptions délirantes. Il se fait, comme dirait Kant, une sorte de passage des jugements de perception aux jugements d'expérience, du subjectif à l'objectif. Et, de ce passage, on ne saurait trop souligner l'importance, car il aboutit à la constitution d'une nouvelle expérience, paradoxale au premier chef, puisque fondée sur des jugements de perception. Mais si ce passage est fréquent, le cas d'Adrienne suffit à démontrer qu'il n'est pas, cliniquement, nécessaire.

---

## L'INTÉGRITÉ DE L'ACTIVITÉ PSYCHIQUE ET LE DÉSÉQUILIBRE MENTAL

Les délires systématisés, auxquels, en certains cas, aboutissent les conceptions délirantes et dont les observations de Dorothée, d'Emma, de Fernande, de Gabrielle nous fournissent autant d'exemples, sont depuis trop longtemps connus pour qu'un certain accord ne se soit pas établi entre les psychiatres sur la manière dont il convient de les envisager. On admet donc, généralement, que, si, vus du dehors, pour ainsi dire, les délires systématisés constituent un véritable scandale intellectuel, puisqu'ils se montrent brutalement incompatibles avec l'expérience commune et son interprétation normale, en revanche, considérés du dedans, une fois donné leur point de départ avec toutes les contradictions externes dont il est riche, ils obéissent, dans leur développement discursif, à des lois mentales au moins analogues à celles auxquelles notre pensée est elle-même soumise. D'où cette conséquence que la systématisation d'un délire se mesure naturellement à son degré d'organisation logique, réelle ou virtuelle, et apparaît d'autant plus saisissable et saisissante que l'unité du thème initial s'y maintient davantage dans l'unilatéralité de l'expression dialectique.

Aussi classons-nous les délires systématisés d'après le concept qui les résume et parlons-nous de délires de persécution, de grandeur, de possession, etc., entendant ainsi définir la poussée morbide, non par le détail contingent de



ses démarches, mais par le moule unique où elle s'est, pour ainsi dire, coulée, à l'exclusion de tout autre. Sans doute l'expérience nous force d'admettre que les constructions délirantes n'offrent pas toujours une pareille simplicité, mais encore faut-il, pour que nous consentions à y reconnaître des délires systématisés, que le désordre mental ne se soit pas exercé en trop de sens à la fois et qu'entre les délires successifs ou simultanés existent au moins des possibilités de liaison logique, telles qu'on en a cru découvrir dans le délire de persécution, des idées de persécution aux idées de grandeur<sup>1</sup>. Ici encore un nombre fini et étroitement limité d'étiquettes doit pouvoir encadrer l'ensemble du délire.

Si, à l'intérieur même des conceptions délirantes, les absurdités se font trop violentes et insurmontables à notre logique, on parle de démence paranoïde ou d'affaiblissement intellectuel secondaire, ou encore on invoque la débilité mentale originelle. Or, chez Emma, idées de persécution et idées de possession ne parviennent pas à se coordonner d'une manière satisfaisante et il semble bien qu'elle soit d'une intelligence plus que médiocre ; mais dans son ensemble son délire, autant qu'on en peut juger, n'est pas plus absurde que celui de Gabrielle, dont les capacités intellectuelles ne sont pas contestables. Donc l'absurdité des idées délirantes n'est signe ni d'affaiblissement intellectuel ni même de débilité mentale. Si, d'autre part, le délire offre dans ses orientations une multiplicité déconcertante, on parle de polymorphisme épisodique et de bouffées délirantes ou encore d'affaiblissement intellectuel. Or nous avons vu, et nous verrons encore, que, dans les cas qui nous occupent, les conceptions délirantes sont généralement aussi nombreuses que variées ; cependant elles sont loin de présenter un caractère épisodique et il est impossible d'y voir des manifestations démentielles.

1. Cf. par ex. M. Arnaud, in Gilbert-Ballet, *Traité de Pathologie Mentale*, p. 523.

C'est donc à la constatation et à l'interprétation de cette absence de tout affaiblissement intellectuel, sur laquelle nous nous accordons avec tous les cliniciens, qu'il importe de nous attacher d'abord : la lecture des observations suffit à la démontrer.

Mais si nos malades ne sont pas des déments chroniques, ne présentent-ils pas en revanche des symptômes de démence aiguë, de confusion mentale infectieuse ou toxique ? Pour quatre d'entre eux, Charles, Dorothee, Emma, Gabrielle, la question ne saurait même se poser. Chez Fernande et chez Adrienne, la confusion mentale, si elle a existé, ne saurait avoir joué qu'un rôle tout à fait secondaire. Fernande a fumé, bu du café, abusé du vin et de l'alcool, absorbé de l'éther, mais, pour cette dernière intoxication au moins, il semble évident qu'elle est postérieure à l'apparition des troubles mentaux et, après quatre ans d'internement sans amélioration notable, l'hypothèse d'accidents alcooliques subaigus ne peut être envisagée. D'ailleurs nous resterons au-dessous de la vérité en disant que, durant son séjour à la Salpêtrière, les troubles toxiques ont été chez elle au minimum. De même pour Adrienne, son ralentissement psychique, ses distractions, qu'elle est la première à constater, relèvent de son anxiété ; seules ses hallucinations auditives peuvent avoir été d'origine toxique, mais elles ont été tout à fait épisodiques et on ne saurait, en suivant notre conjecture jusqu'au bout, leur assigner d'autre cause que l'inanition momentanée, postérieure aux troubles mentaux, où l'avait réduite son refus de nourriture. Berthe est la seule de nos sept malades à présenter des lésions organiques avérées ou probables, entérocoliques ou tuberculeuses, qui, jointes à la physiologie du désordre mental, permettent de s'arrêter à l'hypothèse d'une intoxication endogène. En réalité, de la confusion mentale, elle n'offre que l'apparence ; elle est pleinement consciente de ses troubles intellectuels et mnésiques et, même, a tendance à les amplifier ; peut-être un

appoint confusionnel a-t-il donc modifié superficiellement leurs allures cliniques, mais l'anxiété seule est en cause dans leur production.

Si nos malades ne sont ni des déments aigus ni des déments chroniques, encore peuvent-ils être des déshérités de l'intelligence. Convenons que l'intelligence d'Emma est fort médiocre et que celle de Berthe ne dépasse pas de beaucoup la moyenne, si toutefois elle la dépasse. Mais Adrienne et Charles, leur conversation et leur activité antérieure en témoignent, sont des esprits éveillés. Si, en célébrant l'intelligence de Dorothée, sa famille nous paraît suspecte de quelque exagération, peut-être notre réserve tient-elle à la difficulté où nous sommes de juger des capacités d'autrui autrement que par ce qu'il sait faire, or Dorothée ne fait rien, ou par ce qu'il a appris, or elle a, tout au moins, beaucoup oublié. Cependant nous n'avons pas été sans lui reconnaître, malgré les lacunes de son éducation, une certaine finesse et une certaine ouverture d'esprit. Dans le dédale de ses mensonges et de ses erreurs pathologiques Fernande se meut avec une aisance et une souplesse rarement mises en défaut : mythomanie et délire se prêtent merveilleusement chez elle à leurs exigences réciproques ; sa perspicacité malveillante est prompte à saisir toutes les occasions de s'exercer ; si elle ne peut pas être taxée d'intelligence supérieure, elle apporte cependant à l'emploi de ses moyens intellectuels une certaine habileté malsaine, une sorte de « roublardise ». Gabrielle enfin est manifestement très intelligente : l'ensemble de sa vie passée, la manière dont elle a dirigé sa maison et élevé ses enfants, sont là pour le démontrer et elle écrit, à la Salpêtrière, des lettres vraiment étonnantes de fond et de forme pour une femme de son milieu et de son âge ; loin d'être affaiblie, elle semble plutôt en état d'excitation intellectuelle. Donc le niveau intellectuel de nos malades est, dans l'ensemble, fort satisfaisant et peut-être même supérieur à la moyenne. Nous ne sommes pas les premiers à avoir fait semblable constatation.

Vurpas <sup>1</sup> voit dans les délires systématisés la conséquence d'une activité mentale puissante, mais mal dirigée. Les psychasthéniques, dont quelques-uns de nos sujets se rapprochent par plus d'un point, offrent, selon M. Janet <sup>2</sup>, une supériorité intellectuelle souvent véritable et, selon M. Oesterreich <sup>3</sup>, dépassent souvent en intelligence et en capacités la moyenne des gens bien portants.

La terminologie clinique, que nous avons jusqu'à présent volontairement utilisée, ne va pas sans difficultés. Il y a quelque paradoxe à insister sur la conservation de l'intelligence à propos de malades chez lesquels la constitution de l'expérience, l'élaboration et la distribution des concepts, ces deux éminentes fonctions de l'intelligence, sont, du fait de leurs délires, manifestement perturbés. En réalité, ce n'est pas d'intelligence, c'est d'activité mentale, qu'il conviendrait de parler. Nos malades nous donnent le sentiment très net qu'ils n'ont rien perdu de leurs capacités psychiques et que leur vie consciente a gardé toute son intensité ; et c'est là ce que le clinicien exprime, en disant qu'ils ont conservé toute leur intelligence : en effet, aux yeux de l'individu normal, l'exercice de l'activité mentale se confond à ce point avec le fonctionnement de l'intelligence que l'intégrité de l'une devient l'équivalent adéquat de l'intégrité de l'autre, ne se pouvant concevoir, pour ainsi dire, une conscience intégrale dont les conditions et les lois ne seraient pas celles de la pensée discursive. Et cependant nous faisons ici l'expérience d'une forme de l'activité consciente qui contredit, au moins initialement, aux nécessités intellectuelles, sans compromettre sa vitalité. Force nous est donc bien de distinguer entre l'activité mentale, en quelque manière proprement

1. *Contribution à l'étude des délires systématisés*, thèse, Paris, 1902.

2. *Les Obsessions et la Psychasthénie*, p. 354.

3. *Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in der Psychasthenie; ein Beitrag zur Gefühlspsychologie* (J. f. Psychol. und Neurol., 1906-8, Bd VII-IX), III. *Depersonalisation*, 3. *Etat intellectuel des dépersonnalisés*.

dite, et l'activité intellectuelle, qui, soumise aux lois de notre logique, s'identifie chez le normal avec la première.

Ainsi l'examen du problème le plus général que posent les réactions délirantes, nous conduit déjà à soupçonner, derrière notre vie consciente et ses formes discursives, un plan de pensée, dont elle n'est pas la projection unique et nécessaire. Mais, en même temps, par les habitudes et les préjugés qu'elle heurte, la distinction que nous venons d'ébaucher nous explique pourquoi, vu l'intégrité de leur énergie psychique, malgré l'évidente perturbation de leur régime intellectuel, nous répugnons à parler chez nos malades d'affaiblissement démentiel et même de débilité mentale : c'est que ces termes définissent, en réalité, non seulement la manière dont l'intelligence s'exerce, mais surtout, et plus précisément, l'état de l'activité dont elle tire, pour ainsi parler, sa force motrice.

Dans ces conditions, pour rendre compte de l'éclosion des idées délirantes, nous sommes naturellement amenés à prendre en considération le mode et non l'intensité de l'activité mentale et à faire intervenir la notion classique de déséquilibre mental, pour exprimer ce que le fonctionnement d'une activité psychique, qui, non diminuée, aboutit à de semblables manifestations discursives, doit avoir de particulier.

Plus les antécédents héréditaires et personnels de nos malades se révéleront riches d'anomalies, plus cette hypothèse d'un déséquilibre mental sous-jacent se fera plausible et vraisemblable, puisque ce seront autant de raisons d'admettre qu'il n'est pas invoqué ici pour les besoins de la cause, mais qu'il préexistait aux circonstances qui ont attiré sur lui l'attention.

Or, d'une part, tous nos malades ont, nous l'avons vu, de lourds antécédents héréditaires. A supposer, par exception, nos renseignements complets, voici comment ils se grouperaient par ordre d'hérédité croissante. Dans un premier



groupe entreraient Dorothée, avec une sœur atteinte d'obsessions hypocondriaques, Gabrielle, avec une sœur hypocondriaque, et Adrienne, dont un frère est mort de méningite, dont les parents sont émotifs, et dont le père, à la suite d'un chagrin, aurait eu des idées de suicide. Le second groupe serait constitué par Emma, dont une sœur est aliénée et internée, et par Fernande, dont le père était nerveux et éthylique et dont la sœur a traversé une crise de mélancolie anxieuse. Enfin Berthe, avec son père éthylique et mélancolique à idées de suicide, son oncle paternel qui s'est laissé mourir de faim, son oncle maternel aliéné, son frère très nerveux, sans parler de ses deux fausses couches, de son fils mort de méningite et de ses deux enfants vivants très nerveux, qui soulignent encore la lourdeur de la tare familiale, et Charles, avec son grand-père maternel mort dément à soixante ans, avec son père mélancolique persécuté sénile suicidé à soixante-six ans, avec sa tante qui s'est peut-être asphyxiée, avec ses trois sœurs, dont la première est sujette à des crises de dépression, l'autre alternativement euphorique et hypocondriaque, l'autre enfin excitée constitutionnelle, forment un troisième et dernier groupe.

Les tares constitutionnelles, d'autre part, sont également nombreuses et frappantes chez nos malades et, sous les mêmes réserves, permettent aussi de les grouper par ordre d'intensité croissante. Dans un premier groupe se détacherait Gabrielle, dont la conduite passée n'offre rien à reprendre ; cependant ses tendances paranoïaques actuelles, la haute idée qu'elle a d'elle-même et des siens donneraient beaucoup à penser, mais il paraîtrait qu'elle n'a rien présenté de pareil auparavant et, dans ces conditions, nous ne sommes en droit de rien affirmer. Dans un second groupe viendraient Berthe, dont la constitution émotive s'est manifestée, dès dix-huit ans, par une crise de préoccupations hypocondriaques, Adrienne, à la fois émotive et légèrement paranoïaque, romanesque, avide de lectures sentimentales, et quelque peu mythomane, Emma, débile, émotive, roma-

nesque et fervente de romans-feuilletons, Dorothée, coquette, orgueilleuse, vaine de son corps et de son intelligence, romanesque, sentimentale dans ses lectures et suspecte de mythomanie. Enfin, dans un troisième et dernier groupe rentreraient Fernande, cyclothymique précoce et paranoïaque, préoccupée de ses intérêts et de son droit, revendicatrice et grande mythomane, et Charles, émotif, inquiet, susceptible, précocement cyclothymique, romanesque, se complaisant dans la lecture des livres d'aventures, gardant jusqu'à la trentième année le goût des rêveries de l'adolescence, dépensant son surplus d'activité à des occupations extra-professionnelles et sujet à des obsessions banales.

Sans doute n'existe-t-il pas de parallélisme étroit ni de rapports précis entre l'intensité et la précocité des délires et la lourdeur des tares héréditaires et personnelles, autant qu'il nous est permis de les peser. Si, en effet, Gabrielle, la moins tarée de nos malades, est aussi la plus tardivement touchée, en revanche son activité délirante se révèle immédiatement formidable. Adrienne, dont les antécédents paraissent relativement bénins, tombe malade de très bonne heure, mais n'aboutit pas au délire confirmé et guérit à peu près de son accès. Emma au contraire, dont il semblerait, vu son hérédité et sa constitution, qu'elle eût dû promptement montrer ce dont elle était capable, ne se signale pas trop à ses patrons et à son mari par les défauts de son caractère et entre assez tard dans le délire, dont il est vrai qu'elle ne sortira plus. Charles enfin, le plus taré de tous, peut-être, à tous les points de vue, attend sa quarantième année pour franchir définitivement les bornes du pathologique. Donc, des antécédents héréditaires et personnels étant donnés, nous ne sommes pas encore capables de dire à quel âge et comment ils porteront tous leurs fruits : des facteurs d'un autre ordre, sociaux ou organiques, peuvent et doivent intervenir, qui apportent leur appoint et compliquent le processus. Mais ce qui nous importe seulement

en l'espèce, c'est la netteté et la constance des tares héréditaires et personnelles. Elles nous permettent, en en soulignant l'origine et la permanence, d'accepter provisoirement l'hypothèse d'un déséquilibre mental, dont il s'agira, par la suite, de déterminer la nature.

---

## VII

### LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYSTÉMATISATIONS DÉLIRANTES

Un point semble donc acquis à l'égard des réactions intellectuelles de nos malades : le dynamisme psychique dont elles procèdent est intact et les troubles morbides tiennent non pas à la dégradation de l'énergie mentale, mais seulement à la manière dont elle est mise en œuvre. Maintenant que nous savons quelque chose des conditions générales dans lesquelles apparaissent ici les complexus délirants, nous allons essayer de montrer que leur systématisation, souvent très puissante, n'a pas essentiellement un caractère logique et embrasse le plus souvent une masse d'éléments hétérogènes, de conceptions parallèles ou divergentes, dont le développement et l'ordonnance ne relèvent en général d'aucun progrès rationnel.

Ainsi serons-nous amenés à nous rendre compte de certains des caractères négatifs qui ont, pour une part, fait attribuer aux délires systématisés une origine et une nature affectives <sup>1</sup>. Nous n'avons guère, en effet, l'expérience familière que de deux types de groupements psychologi-

1. Au sujet des théories affectives, déjà anciennes, comme en témoigne ce texte d'Esquirol (*Des Maladies Mentales*, 1838, VIII *De la Lypémanie ou Mélancolie* [travail datant de 1820], I, p. 400) : « La monomanie est essentiellement la maladie de la sensibilité, elle repose tout entière sur nos affections ; son étude est inséparable de la connaissance des passions... Cette maladie présente tous les signes qui caractérisent les passions : le délire des monomaniaques est exclusif, fixe et permanent comme les idées de l'homme passionné », cf. Sérieux et Capgras, les *Folies Raisonantes*, 1909, p. 216, (Paris, F. Alcan) et, plus généralement, Janet, les *Obsessions et la Psychasthénie*, p. 453.

ques : le groupement logique et objectif, le groupement affectif et subjectif. D'où une sorte de nécessité pour nous, quand le premier se trouve en défaut, de supposer le second, affectif devenant alors synonyme d'extra-logique. En même temps, et avec une netteté croissante, nous reconnaitrons pourquoi la théorie affective des délires, sous sa forme habituelle, ne satisfait pas pleinement l'esprit. En effet les différences sont sensibles entre les synthèses affectives dont nous avons l'expérience et les thèmes délirants que nous proclamons de même nature, et, entre elles et eux, il n'y a au fond de commun que le caractère adventice de leur organisation logique. D'un mot, le défaut de la théorie affective étant, comme nous le verrons, d'avoir pris pour la solution du problème ce qui n'en était, en fait, que la position, il importera de rechercher ce qu'il y a, derrière cette affectivité qu'on invoque, qui en constitue le trait essentiel et la rend, en même temps, incommensurable à la nôtre.

Les conceptions délirantes de nos malades, à quelque degré de systématisation qu'elles soient parvenues, offrent toutes ce caractère commun, assez important pour légitimer une étude d'ensemble, de toucher toujours à la personnalité physique ou morale. Le délire de Dorothée est, à peu près uniquement, un délire de négation ou de transformation organiques, celui de Berthe, avant tout, un délire de dépersonnalisation physique et morale. Chez Fernande la dépersonnalisation, sous ses deux formes, a préludé aux idées de persécution. La personnalité physique et morale d'Emma est profondément affectée par les manœuvres de ceux qui la possèdent ou qui la persécutent. La persécution que subit Gabrielle s'objective à ses yeux en modifications significatives de sa vie organique. L'inquiétude enfin, où sont Adrienne et Charles de leur santé physique ou morale, les conduit au seuil des mêmes conceptions délirantes, quand elle ne le leur fait pas franchir. Il est donc tout naturel que nous commençons l'examen des systématisations délirantes par



celui des idées de négation ou de transformation organiques ou morales, d'autant qu'il nous permettra de pousser plus avant l'étude du paradoxe affectif et la discussion des théories cénesthésiques et nous apportera des éclaircissements peut-être définitifs sur ces points, dont nous connaissons déjà l'importance.

Rien ne nous est plus familier que la répartition de nos représentations en trois groupes, suivant qu'elles se rattachent à notre moi, à notre corps ou à ce qui est en dehors de notre corps et de notre moi. Oubliant que nous l'avons établie à notre usage, nous croyons qu'elle répond à une condition primordiale de la vie consciente et que la pensée morbide est, au même titre que la nôtre, impuissante à s'y soustraire. Aussi tendons-nous à parler de la dépersonnalisation morale, de la transformation ou de la négation organique, de l'étrangeté du monde extérieur, comme d'autant de cadres rigides, entre lesquels, si modifiées, si irréductibles soient-elles à l'expérience antérieure, les perceptions finissent toujours par se distribuer, puisqu'il nous est *a priori* inconcevable qu'elles échappent jamais à la discontinuité dont ces cadres sont le symbole. C'est donc de cette distribution naturelle qu'il nous faut partir pour voir si elle convient à toute la réalité morbide.

Les idées de dépersonnalisation morale sont représentées dans nos observations par Charles, Berthe et Fernande. Chez Charles elles s'ébauchent d'abord en impressions déprimantes et en métaphores : il craint de perdre la raison et la conscience de ses actes, il se méfie de lui-même, se sent incapable et aboulisque, a peur de se tromper en tout, il est un automate sans énergie et sans courage ; c'est un effondrement intellectuel ; on dirait qu'il n'a plus sa tête. Puis le courant négateur se fait plus violent et plus manifeste : sa mémoire surtout est atteinte ; des événements antérieurs à sa maladie il a gardé le souvenir matériel, mais non l'impression vécue et vivante ; des événements postérieurs il a perdu conscience, il n'est plus sûr de ce qu'il a

fait, on l'accuserait d'avoir commis un crime qu'il ne saurait comment s'en défendre. Mais il ne se plaint pas d'avoir perdu son affectivité : sans doute est-il indifférent à tout, mais il ne l'est pas à son état. Et cette indifférence à tout a beau ne guère ressembler à la nôtre ; dans ces conditions, sa tristesse, son désespoir, son anxiété ne nous en paraissent pas moins légitimes.

En revanche, Berthe non seulement a honte de son état, se plaint à se déprécier, se reproche ses défauts de mémoire et ses défaillances intellectuelles, comme autant de fautes et de ridicules, non seulement déclare n'avoir plus ni conversation ni mémoire, avoir perdu la tête, ne l'avoir plus comme avant, toutes expressions indéniables d'idées de négation et de transformation psychiques, mais encore elle n'éprouve plus que de rares élans, il n'est plus rien qui vibre en elle, dénonciation évidente d'une sorte d'anesthésie morale. Dans ces conditions, la honte qu'elle éprouve de son état et surtout la multiplicité de ses manifestations émotives et anxieuses ne laissent pas que d'étonner.

Fernande enfin ne se plaint plus aucunement de ses facultés intellectuelles, qu'elle considère comme intactes : si sa pensée est vide, si elle n'a même plus de cauchemars, s'il est des moments où elle est comme un objet, c'est que son cœur paralysé ne ressent plus les émotions, ne se serre plus dans l'inquiétude, qu'elle est indifférente à tout, incapable de peine et de joie, anesthésiée moralement, dépouillée de toute capacité affective. Mais c'est avec des cris et des sanglots qu'elle proclame son indifférence, et tout son habitus, toute sa conduite, son irritabilité continue, ses constants mouvements émotifs jurent avec l'insensibilité qu'elle dénonce.

Ainsi, plus les idées de dépersonnalisation psychique s'accusent et se concentrent, pour ainsi dire, sur la sensibilité morale, plus, entre elles et l'intensité et la persistance des manifestations affectives qui les accompagnent, l'antagonisme s'affirme, au point d'apparaître comme une

des caractéristiques essentielles de l'état morbide. Si paradoxale que semble la constatation, on peut poser qu'en règle générale il n'est pas, cliniquement, de dépersonnalisation psychique et d'anesthésie morale sans anxiété concomitante, et cet antagonisme reste un problème pour le malade comme pour le psychopathologue.

De même il n'est pas de dépersonnalisation corporelle, de transformation ou de négation organiques et d'insensibilité physique, sans persistance ou exagération paradoxale de la sensibilité à la douleur.

A la phase prédélirante, chez Adrienne et chez Charles, les dénonciations cénesthésiques et les préoccupations hypochondriaques ne prennent toute leur valeur qu'à la lumière des observations voisines, où, au milieu des mêmes réactions affectives et motrices, dans le même décor morbide, pourrait-on dire, les réactions intellectuelles acquièrent un bien autre développement, et leurs cas ne sauraient donc nous être, pour le moment, d'un grand secours. Encore Charles, au milieu de ses douleurs, de ses battements de cœur, de ses fourmillements, de ses préoccupations gastro-intestinales, de ses sensations ou craintes de mort soudaine, des impressions de plaque, de vide et de plomb qu'il dit éprouver à la tête, déclare-t-il se sentir quelquefois comme paralysé, épuisé, vidé, anéanti, n'être enfin plus comme avant. Mais, derrière ses multiples et indescriptibles souffrances, jamais Adrienne ne semble supposer d'autre transformation organique que celle qui résulte naturellement du passage de l'état sain à l'état morbide, et cette manière de voir est, de prime abord, si normale et si légitime que nous ne songerions pas à avancer que sa façon d'exprimer ses troubles ne répond peut-être pas pleinement à la façon dont ils figurent à sa conscience, si les singularités de sa conduite, l'intensité de ses manifestations anxieuses ne nous avertissaient que les représentations qui les relient doivent probablement, ici comme ailleurs, participer de leurs caractères.

En tout cas, chez ces deux malades, les idées de transformation et de négation organiques, si elles existent, restent embryonnaires. Ce n'est pas à ce stade qu'il nous est, présentement, indispensable de les étudier. Notons, cependant, au passage que cet état d'enveloppement des conceptions délirantes, où elles se laissent seulement deviner et pressentir à l'observation, trouve à nos yeux une sorte d'équivalent dans les sentiments à la fois vagues et forts qui traversent notre conscience et où elle démêle, quand elle s'y arrête, mille possibilités conceptuelles. Pour interpréter de pareils faits, c'est donc à notre expérience affective que nous avons naturellement recours et nous la trouvons ici une première fois mise en œuvre.

Mais venons à Berthe, à Fernande, et à Dorothée, qui vont, de la dépersonnalisation physique et de ses modes, nous offrir un tableau complet.

Dès l'abord nous nous heurtons à un premier paradoxe : ce qui est transformé n'est pas détruit ; ce qui est détruit n'est pas transformé ; idées de transformation, idées de négation semblent donc logiquement s'exclure. En fait, il se réalise entre elles une parfaite continuité de succession et même de simultanéité. Sans doute ne faut-il pas exiger de nos malades qu'ils soient des logiciens accomplis ; il reste cependant ici bien de quoi être surpris.

Berthe se plaint de son affaiblissement général ; elle se sent lourde, elle a le nez bouché, elle n'est plus comme autrefois, elle est un polichinelle, une momie, elle fera un beau sujet anatomique. Tout ceci suppose que, toute changée qu'elle soit, elle existe cependant encore. Mais la voici pour le moins diminuée : elle n'a plus d'élasticité, ses chairs se sont atrophiées. Un pas de plus, et elle n'a plus de force, plus de sang, plus de souffle, elle n'a plus rien du tout.

De même le cœur de Fernande est transformé en caoutchouc, en griffe, en éponge ; elle est raide ; bouche, bras, cou, cœur, cerveau sont comme paralysés ; elle sent

en elle des tiraillements de ficelle ; ses mâchoires sont en carton ou en coton ; sa tête est en carton ; elle est devenue une momie, une machine automatique. Puis la poussée négatrice s'accuse : ses fibres nerveuses sont détendues, ses chairs sont flasques, quelque chose s'est rétréci en elle ; sa colonne vertébrale est atrophiée ; ses gencives sont rentrées ; ses paupières lui semblent retomber sur des trous. Et enfin les idées de négation s'affirment : le raisonnement seul lui apprend qu'elle a un corps, elle se sent comme morte, elle n'existe plus. Ainsi, chez Fernande comme chez Berthe, transformation et négation s'énoncent simultanément, se font en quelque sorte concurrence dans l'expression de l'état morbide.

Il en était de même de Dorothée, quand MM. Deny et Camus l'ont observée : après s'être plainte d'avoir la bouche et le visage déplacés, elle a déclaré n'avoir plus de corps ni de figure. Cependant ses négations étaient incomplètes, car elle avait conservé mains, jambes et pieds, et s'accompagnaient de réactions paradoxales, qui impliquaient transformation et non disparition, puisqu'elle gémissait d'être devenue aussi laide, redoutait d'être une horreur et, par comparaison au passé, se traitait de petit nabot. En même temps il semblait qu'à ses yeux son malheur était radicalement consommé : elle regrettait ce qu'elle avait été, déplorait son état, mais ne parlait pas de l'avenir, comme s'il n'y en avait plus eu pour elle, toutes manifestations affectives cadrant bien avec des idées de négation. En revanche, quand, à notre tour, nous avons eu occasion de l'observer, une sorte de transposition en masse l'avait fait passer des regrets du passé à l'inquiétude de l'avenir et des idées de négation aux idées de transformation. Sans doute les changements qu'elle avait subis, les obscurités de sa manière de vivre l'auraient entraînée à douter de son existence, mais elle entendait ne plus nier son corps. D'abord pour des raisons logiques et parce qu'elle se rendait compte que ce n'était pas une chose à dire ; ensuite parce que, elle



en convenait, les fonctions organiques s'accomplissaient régulièrement chez elle, parce que son sang était aussi beau que jadis, parce qu'enfin elle se sentait bien. Mais cependant elle ne vivait pas comme autrefois et son corps n'était plus ce qu'il était. Il était donc changé ; mais de quel sens était ce changement ? C'est ce qu'il n'est pas facile de déterminer. Il n'était pas dynamique, puisque les organes se comportaient comme auparavant. Était-il matériel ? C'est très douteux. De toutes les parties de son corps, isolément, elle avouait qu'elles n'avaient pas changé : « Ça n'a pas changé, concluait-elle, mais ça a changé tout de même ». Fernande nous déclarait déjà, avec la même clarté, qu'elle était la même personne, sans être, toutefois, à beaucoup près la même. Que transformation et négation coexistent ou se succèdent, nous ne sommes donc guère plus avancés. Le progrès logique qui paraissait avoir conduit Dorothée des idées de négation aux idées de transformation s'est, pour ainsi dire, épuisé à cette besogne : une fois installée dans le changement, la pensée morbide se trouve aux prises avec des contradictions analogues.

Transformés ou disparus, ces corps paradoxaux demeurent étrangement douloureux. Berthe souffre de partout sans répit. Fernande éprouve au cœur de vives douleurs : on le croirait rongé par des chiens ; il fait des bonds terribles, d'où sensations de froid et impressions de mort imminente ; elle a sous l'omoplate gauche un point douloureux, contre lequel toutes les ressources de la thérapeutique se sont montrées impuissantes ; ses souffrances sont horribles, terribles, intolérables. Dorothée connaît encore les maux de tête, le mal de gorge, les crampes, les impatiences musculaires ; elle sent la douleur et souffre même plus qu'autrefois.

Comment un corps, dont il y aurait tout lieu de nier l'existence, peut-il être ainsi douloureux ? Il ne semble pas que Dorothée se soit posé la question. Elle n'accuse aucune diminution, au contraire, de la sensibilité organique. Ce

n'est pas, cependant, qu'elle soit indifférente à la contradiction, puisqu'elle constate que, raisonnablement, dans son état elle ne devrait ni parler, ni manger et qu'elle s'étonne de le pouvoir et qu'elle se reproche de le faire.

Plus conséquentes avec leurs idées de négation, Berthe et Fernande déclarent avoir perdu toute sensibilité. La peau de Berthe est insensible et elle le démontre en se piquant vigoureusement. La sensibilité de Fernande a disparu sous tous ses modes ; au dehors comme au dedans elle ne sent absolument plus rien ; il est vrai qu'il n'est pas trop aisé de savoir comment l'entendre, puisque, ne se rendant pas compte de la pression, elle sent cependant les couvertures, qui ne lui font plus ni chaud ni froid, comme un poids sur son corps ; mais, à l'en croire, son tube digestif est un canal dans lequel elle ne sent plus rien passer, elle ne perçoit plus l'expulsion des matières fécales, elle ne se sent plus rien à l'intérieur ; d'un mot elle n'éprouve plus aucune douleur organique. Comment dans ces conditions peut-elle souffrir terriblement ? Elle s'essaye souvent à l'expliquer, quand elle ne se contente pas d'affirmer, à la fois, son insensibilité et sa souffrance, déclarant souffrir atrocement, mais ne pas savoir si elle a mal à la tête, car il faudrait alors qu'elle sentit qu'elle en a une, ou quand elle ne va pas même jusqu'à justifier l'une par l'autre : « Lorsque je parle de mon anesthésie complète, surtout intérieure, vous supposez que c'est une idée de mon cerveau qui me dicte tout cela ; cependant il n'en est rien ; les souffrances que j'éprouve, sans être insurmontables, me donnent des idées de suicide, sont intolérables ».

Ainsi, de quelque côté que nous regardions, nous ne pouvons sortir de la contradiction ni du paradoxe. Tantôt il nous faut constater, comme chez Dorothée, qu'un corps inexistant reste à la fois sensible et douloureux ; tantôt il nous faut admettre, comme chez Berthe et Fernande, que, inexistant et en même temps insensible, ce qui satisfait de prime abord à nos exigences logiques, il n'en est pas

moins resté capable de douleur. Et la contradiction est peut-être plus éclatante sous la seconde forme que sous la première, car, aux dénégations des malades, s'opposent non plus seulement ce qu'ils disent par ailleurs de leurs souffrances, mais les manifestations objectives d'angoisse physique dont nous sommes les témoins déconcertés. Consolons-nous en pensant que notre logique et notre raison ne sont pas au bout de leurs peines.

En effet dépersonnalisation psychique et négation corporelle, insensibilité affective et organique, douleur physique et morale se pénètrent réciproquement de la plus étrange manière.

Et ce bloc se grossit encore de l'étrangeté du monde extérieur. Tantôt ce dernier symptôme reste à l'état fruste, comme chez Adrienne et chez Dorothée. Adrienne a l'impression d'un brouillard devant les yeux, déclare sa vue affaiblie et prétend ne plus pouvoir fixer la lumière, mais, ici comme ailleurs, elle ne conclut pas. Dorothée ne se plaint pas de ses organes des sens, le monde extérieur n'a pas changé pour elle, cependant elle voit son propre corps moins beau et moins grand qu'autrefois, modifié d'inexprimable façon. Chez Fernande le trouble reste, pourrait-on dire, à la phase subjective ; elle ne voit plus comme autrefois, quelquefois elle voit tout noir, elle a peur de devenir aveugle ; elle se reconnaît dans un miroir, mais elle se trouve bien changée ; ce qu'elle mâche, enfin, lui donne l'impression d'être de la laine. Mais chez Berthe et chez Charles l'étrangeté du monde extérieur devient manifeste : la voix de Berthe a changé, sa vue a baissé, elle ne voit plus comme autrefois, le ciel, la fumée des cheminées ne lui procurent plus la même impression, son acuité auditive a diminué, le son des cloches est devenu plus sourd, le chant des oiseaux, les sifflets de chemin de fer ont changé. Pour Charles êtres, choses, voix ont changé, ne donnent plus la même impression et ne sont plus comme autrefois.

De ces différentes orientations délirantes la coexistence est comme de règle et se constate, en fin de compte, même dans les cas en apparence les plus défavorables. MM. Deny et Camus considèrent, par exemple, que le délire de Dorothée est exclusivement un délire de négation organique, et, cliniquement, ils ont raison, tant ce délire a pris d'extension. Mais cependant nous avons déjà vu qu'un objet toute-fois du monde extérieur, son corps, apparaît comme changé à ses yeux et, d'autre part, si, loin de se plaindre de sa sensibilité et de son intelligence, elle s'enorgueillit au contraire de ses facultés mentales, le plaisir qu'elle éprouve à la lecture des romans n'en a pas moins diminué, elle n'en avoue pas moins ne plus connaître les joies d'autrefois, et se trouver quelquefois dans l'impossibilité de prier : autant d'indices que sa personnalité morale n'est pas absolument indemne.

Du reste, chez elle, un autre thème morbide s'est largement développé, dont nous ne trouvons ailleurs que de sommaires indications, et dont la présence démontre les virtualités délirantes dont sont riches les malades que nous étudions, alors même qu'ils ne les réalisent pas.

Dans le sentiment d'une éternité, le séparant du passé et de l'avenir immédiats, qu'éprouve Charles, c'est tout juste si les idées mélancoliques d'immortalité se peuvent reconnaître. De même, si, dans son état de dépersonnalisation morale et physique, Fernande a la sensation d'être morte et déclare : « Tout est mort en moi, rien n'existe », elle n'y insiste pas et il serait hasardeux de dire qu'elle a la conviction délirante d'être morte.

Cependant nous tenons ici comme deux ébauches d'idées sur lesquelles Dorothée va complaisamment appuyer. Tant qu'elle croyait n'avoir plus de corps, elle a eu l'idée, à la fois, d'être morte et de ne pas mourir comme tout le monde ; puisqu'elle n'avait plus de corps et qu'elle était morte, il fallait la brûler. Une fois son corps transformé, elle ne se croit plus faite de la manière dont on

meurt et s'imagine être immortelle. Elle justifie encore par là son désir antérieur d'être mise en terre ou brûlée, mais alors idées de mort et d'immortalité auraient été contemporaines. D'autre part, elle est convaincue que le feu qui aurait pu anéantir son corps détruit, ne pourrait plus rien sur son corps transformé ; et enfin cette immortelle déclare : « C'est drôle que je vive ». Ainsi que de contradictions réalisées et vécues dans la pensée de la malade : elle est morte et immortelle, elle est immortelle et elle n'existe pas, elle cherche à anéantir le néant, un corps transformé est plus réfractaire à la destruction qu'un corps anéanti. Cette poussée délirante, en portant ses fruits conceptuels, ajoute donc encore de nouvelles impossibilités logiques à la masse de données inintelligibles qui s'est constituée sous nos yeux.

Et ces données, en se combinant, deviennent plus inintelligibles encore : elles forment des sortes de blocs où nous ne savons où nous prendre, tant l'ordre conceptuel a de peine à s'y insinuer. Les distinctions qui nous sont le plus familières se trouvent pratiquement méconnues.

C'est ainsi que Fernande s'indigne d'être considérée comme une nerveuse, une mentale : en fait sa maladie est organique, car sa nosophobie est devenue organique et incurable, car sont atteints chez elle les nerfs « qui font qu'on a du cœur ». Ainsi son inémotivité tient à des causes physiques. Mais en même temps son anesthésie organique se justifie par son anesthésie affective : quand on la pique, si elle dit ne pas sentir la piqûre, ce n'est pas qu'elle ne la sente pas, c'est qu'elle n'éprouve plus d'émotion en la sentant. Aussi les deux insensibilités s'expriment-elles concurremment : elle ne sent plus ni émotion ni rien, et, pour illustrer son indifférence totale, elle invoque son indifférence au froid ; là-dessus elle refuse de se lever, trouvant ainsi le moyen de témoigner, au même instant, non seulement de sa double anesthésie, mais encore de sa souffrance physique et de son inquiétude morale. Dans ces conditions nous ne nous étonnerons plus si l'impression d'être une chose, qu'elle



dénonce à plusieurs reprises, répond indifféremment à un état physique ou à un état moral, quand elle ne les traduit pas simultanément l'un et l'autre.

L'anesthésique Berthe souffre surtout de son cerveau, qui pense malgré elle : parlerons-nous ici de douleur physique, ou de douleur morale, d'atteinte mentale ou d'atteinte organique ? Ne faut-il pas plutôt concevoir quelque chose qui les englobe toutes à la fois ? Ses yeux n'ont pas changé, dit-elle, quoique, par ailleurs, elle déclare n'être physiquement plus rien du tout, et cependant elle ne voit plus comme autrefois, elle n'a plus la même fixité du regard ; mais si elle n'a plus cette même fixité, c'est donc que ses yeux ont au moins changé d'expression et il se trouve qu'ils ont aussi changé dans leur activité sensorielle, puisque les choses, à l'en croire, ne lui sont plus ce qu'elles étaient. Le changement diffuse, pour ainsi dire, le long de la chaîne qui va du moi à l'objet en passant par l'appareil visuel, sans que nous soyons capables de le localiser en l'un des anneaux qui en constituent pour nous la réalité discrète.

Cette implexité des conceptions délirantes se fait plus évidente encore chez Charles ; sa transformation physique lui est particulièrement sensible à la tête, qui n'est plus comme avant, au cerveau, qui est obstrué, déplacé, comme s'il n'existait plus. Mais il paraît évident que, pour une part, les mots tête et cerveau sont employés ici métaphoriquement, dans le sens de pensée, ou que, tout au moins, les deux sens ne sont pas aussi distincts que pour nous. De même l'étrangeté du monde extérieur ne tient pas chez lui, en réalité, aux changements que les choses auraient subis, mais à son propre changement. En fait rien n'est bizarre ; mais il ne se sert plus des choses comme autrefois, il n'y met plus le même courage, la même énergie ; il ne se sent plus dans son élément, il est comme un poisson à demi sorti de l'eau, un homme à demi enlisé. Aussi le changement est-il d'autant plus sensible dans les objets qu'ils sont plus rapprochés et plus familiers, c'est-à-dire plus utili-

sables. A la limite, l'étrangeté du monde extérieur n'est plus qu'une expression nouvelle de la dépersonnalisation morale, qui déborde sur les êtres et sur les choses et envahit tout le domaine de la perception interne et externe : pour Charles c'est tout un que de dire que tout est drôle, changé, bizarre, ou de déclarer qu'il ne se sent plus vivre comme autrefois.

Peut-être sommes-nous maintenant en état d'apprécier à leur juste valeur certaines déclarations de nos malades, telles que celles de Berthe : « Je n'ai plus de goût à rien ; je suis dégoûtée de moi-même ; je suis sale ; je voudrais changer de linge parce que je suis sale », — « Ce n'est plus mon âme, ce n'est plus mon corps, ce n'est plus moi, ce ne sont plus mes yeux ni mes oreilles » ; ou de Charles : c'est quelquefois dans sa tête comme une bataille, comme si on la triturerait avec un clou, comme si on mêlait ses pensées ; il n'a plus de force dans la tête, il lui semble n'y plus rien avoir, ni idée, ni goût ; il est très affecté dans les endroits sombres, comme si on lui passait quelque chose dans la tête ; quand il se voit lui-même, c'est comme tout le reste, ce n'est plus lui, il était vif et alerte, sa voix a changé, on croirait que ce n'est plus lui ; cela tient à la vue, mais surtout à la sensation dans la tête, il n'est plus lui-même, c'est mort, c'est la nuit complète. Sans doute est-il toujours loisible de s'armer de nos cadres et de nos groupes conceptuels et d'y répartir, une à une, les affirmations morbides, imputant celle-ci à la dépersonnalisation morale, celle-là à la négation organique et cette autre à l'étrangeté du monde extérieur. Mais, outre que, comme nous l'avons vu, certaines de ces affirmations, même isolées, étant pour le moins amphibologiques, il serait nécessaire de les fragmenter elles-mêmes pour opérer de la sorte, qui ne voit que c'est une bien étrange manière de comprendre un discours continu que de négliger précisément sa continuité et de se comporter à l'égard d'un ensemble d'idées comme si précisément elles ne formaient pas un ensemble ? Sem-

blable analyse atténue évidemment ou efface le caractère syncrétique de la pensée morbide, mais, si le problème s'évanouit, il n'est pas résolu pour cela.

Ne prétendons donc pas réduire à notre mesure ce qui s'y trouve naturellement irréductible et acceptons le problème tel qu'il se pose. Les complexus délirants que nous venons d'analyser diffèrent doublement de la pensée normale. Ils s'accommodent, d'abord, de contradictions internes et externes que les malades font mieux encore que de penser, puisqu'ils les vivent. Ils témoignent, en outre, d'une singulière complaisance à réaliser, entre des objets et des concepts distincts, une continuité déconcertante pour nous et à admettre, par conséquent, entre les expressions discursives les plus différentes et les plus hétérogènes une synonymie pratique, dont la supposition seule constitue déjà pour notre conscience une difficulté insurmontable. Toute solution qui ne rendra pas compte de ces caractères et qui n'expliquera pas comment et pourquoi, dans tout le détail de son développement, la pensée morbide diffère de la nôtre, sera donc manifestement incomplète.

Dans ces conditions il est bien évident que nous ne saurions adopter les théories physiologiques qui ont été soutenues de la dépersonnalisation morale et physique et de l'étrangeté du monde extérieur. Toutes supposent, en effet, que, le trouble physiologique initial une fois donné, le malade en déroule les conséquences logiquement nécessaires et aboutit, le cas échéant, aux affirmations délirantes par une voie qui, dans les mêmes circonstances, se serait également offerte à notre pensée. Elles distinguent donc, parmi les énonciations des malades, entre celles qui n'ont de délirant que l'apparence, puisqu'ils se contentent d'y traduire ce qu'ils éprouvent et que nous en ferions autant à leur place, et celles, franchement délirantes, qui sont des déductions intempestives peut-être, mais régulières, des précédentes. Le problème, tel que nous l'avons posé, leur échappe donc,

pour ainsi dire, entièrement. Mais nous avons encore d'autres voies pour démontrer leur insuffisance.

Nul ne songe à nier, et nous moins que personne, le rôle et l'importance des sensations cénesthésiques de tout ordre dans la conscience du moi et du corps, dans la genèse des émotions et jusque dans la perception extérieure. Cependant on nous accordera, peut-être, que la manière dont elles sont est plus claire que celles dont elles agissent, et que les hypothèses, à cet égard, commencent presque avec la constatation de leur existence. Peut-être donc y a-t-il déjà de l'imprudence à les manier comme si elles étaient tout à fait connues et à décréter des effets de leur disparition ou de leur modification. Ecartons pour le moment ces scrupules et considérons les théories cénesthésiques. Sur la foi des malades elles admettent qu'ils ont en effet perdu toute émotivité et toute personnalité morale, toute conscience du corps ou tout sentiment des réalités extérieures : de là elles concluent à la disparition ou à une perturbation, si profonde qu'elle équivaut à une disparition, des sensations ou des images cénesthésiques, où elles voient les conditions de ces diverses modalités conscientes. Si la cénesthésie, viscérale<sup>1</sup> ou cérébrale<sup>2</sup>, suivant les doctrines, est atteinte, plus d'émotivité, partant plus de personnalité morale ; si la cénesthésie organique<sup>3</sup> est touchée dans son ensemble, plus de conscience du corps ; si, enfin, des impressions sensorielles se trouvent distraits les concomitants myopsychiques qui les rattachent à l'ensemble du réel<sup>4</sup>, intervient l'étrangeté du monde extérieur.

Tout d'abord une première difficulté saute aux yeux. Chez nos malades et leurs congénères, d'une manière générale, aucun trouble de la sensibilité superficielle ou

1. R. d'Allonnes, *l. c.* Voir pour cette note et les suivantes la note de la partie I, p. 48.

2. Sollier, *l. c.* ; Deny et Camus, *Annales méd. ps.*, mai-juin 1906.

3. Deny et Camus, *idem*.

4. Storch, *l. c.* ; Deny et Camus, *Revue Neurologique*, mai 1905.

profonde n'est objectivement décelable. Dans des cas, au contraire, où la sensibilité, sous tous ses modes, est profondément troublée, où l'existence de perturbations cénesthésiques est absolument indiscutable, comme chez les tabétiques, les désordres mentaux, dont nous discutons la genèse, constituent l'exception. A défaut de statistiques l'expérience des cliniciens est là pour en témoigner; l'ataxique qui perd ses jambes dans son lit ne les croit pas pour cela transformées ou anéanties. Ce serait donc quand les modifications des sensations cénesthésiques sont le plus insaisissables qu'elles entraîneraient leurs plus formidables conséquences: il est, bien évidemment, assez malaisé de l'admettre.

Faute de preuves objectives indéniables, pour affirmer les troubles cénesthésiques, les théories physiologiques se fondent essentiellement sur certaines des déclarations des malades, qu'elles isolent plus ou moins arbitrairement de l'ensemble morbide: fondement à plus d'un égard ruineux.

En effet, pour ce qui est de l'étrangeté du monde extérieur, nous avons vu que, chez Charles, celui de nos malades qui présentait le plus nettement ce symptôme, la perception n'était pas en réalité en jeu, et que le trouble qu'il accusait n'était qu'une autre expression de son aboulie et de son atonie morales. Il serait donc bien imprudent d'en conclure que le mécanisme de la perception, en sa partie cénesthésique et myopsychique, se trouvait chez lui touché.

D'autre part l'insensibilité, l'inémotivité, que dénoncent les malades, se heurtent aux manifestations les plus flagrantes d'affectivité: les pleurs, les lamentations de Berthe et de Fernande, les révoltes de Fernande contre les injustices, ses emportements, ses intentions de vengeance cadrent bien mal avec leur anesthésie physique et morale. Mais encore pourrait-on dire que ces données objectives ne sont pas d'une très grande signification, parce qu'elles peuvent être des manifestations inémotives<sup>1</sup>, conceptuelles ou mo-

1. R. d'Allonnes, *l. c.*, p. 134: « Il y a des inclinations inémotives,



trices, derrière lesquelles le corps affectif des sensations viscérales fait défaut. Reste alors que Berthe et Fernande ne cessent de déplorer l'intensité de leurs souffrances physiques et morales et qu'il n'y a aucune raison de les en croire plutôt quand elles les nient que quand elles les affirment, d'autant que, trop souvent, leur insensibilité se contredit en s'exprimant : Fernande, qui ne sent plus la pesanteur, sent en même temps ses couvertures comme un poids sur son corps. Enfin, à la limite, Dorothee n'accuse aucune insensibilité physique, aucune inémotivité, aucun trouble discret, par conséquent, des sensations viscérales et elle n'en nie pas moins l'existence de son corps. Dans ces conditions, pour respecter en même temps les données du problème et celles des théories physiologiques, il faudrait admettre à la fois la conservation des sensations viscérales, pour expliquer la persistance des émotions, et leur disparition, pour justifier la dépersonnalisation physique ou morale.

D'ailleurs il semble plus aisé que légitime de découper la cénesthésie en provinces indépendantes. Les sensations myopsychiques, qui pour certains joueraient un rôle essentiel dans la perception extérieure, forment dans l'ensemble des sensations organiques un groupe trop imposant pour que leur inhibition ou leur disparition n'entame pas du même coup la conscience du corps, et, la conscience du corps en général une fois atteinte, on ne voit pas comment, dans le bouleversement des sensations viscérales (ou même cérébrales, pour adopter les théories les plus parcimonieuses), la conscience du moi moral demeurerait intacte. Et, inversement, il serait loisible de montrer que la cénesthésie, modifiée au point d'ébranler la conscience du moi, devrait simultanément mettre à mal conscience du corps et perception extérieure. Ainsi la théorie cénesthésique suppose, implicitement, entre les trois ordres de symptômes un parallélisme logique que contredit l'observation.

qui suffisent à nous faire gesticuler, grimacer, penser, vouloir, désirer et redouter sans émoi ».

Certes celle-ci nous montre les trois troubles partout coexistants, mais en des proportions toujours originales et capricieuses : témoin Dorothee, chez laquelle, à côté de la flagrante négation organique, dépersonnalisation morale et étrangeté du monde extérieur sont à ce point effacées qu'elles passeraient inaperçues si l'on n'y regardait de très près. Et, chez elle comme chez Fernande, comment faut-il concevoir que les sensations myopsychiques reconnaissent, pour ainsi dire, les images visuelles du corps propre et n'entrent pas en combinaison avec celles-là seules, puisque, de tous les objets sensibles à la vue, c'est exclusivement leur corps qui leur paraît changé? Même en admettant leur point de départ et leur principe, les théories cénesthésiques ne rejoignent donc pas la réalité clinique qu'elles prétendent expliquer.

Nous sommes ainsi amenés à reconnaître la nécessité de chercher ailleurs la solution du problème qui nous occupe. Au reste toute cette physiologie ne doit ni nous faire illusion ni nous intimider. Elle n'a de physiologique que l'apparence. Elle prête à l'hypothèse toute psychologique du bien-fondé de certaines des déclarations des malades et de la logique des déductions qu'ils en tirent, l'autorité et l'éclat d'apparentes précisions anatomo-physiologiques, dont les postulats psychologiques constituent en fait l'unique démonstration. Des centres dont on ne peut dire où ils sont situés, des voies de conduction dont on ne peut décrire le trajet, ne relèvent pas de la connaissance objective de la constitution et du fonctionnement du cerveau.

Donc, sans nous embarrasser d'une anatomo-physiologie prématurée, il nous faudra aborder le problème psychologique dans toute la complexité que nous lui avons définie, et cette complexité ne s'arrête pas aux délires de dépersonnalisation et d'étrangeté du monde extérieur que nous avons étudiés, elle s'étend, nous allons le voir, aux autres systèmes délirants dont nos observations fournissent des exemples.

Du reste le délire de possession, tel qu'il se présente chez Emma, offre avec le délire de négation de nombreuses affinités, dont son observation n'est pas seule à témoigner. En effet la langue d'Adrienne ne lui obéit pas toujours, il lui est quelquefois impossible de prononcer des mots qu'elle pense, mais, encore une fois, elle ne conclut pas et n'aboutit pas aux énonciations délirantes. Berthe se dit en lutte avec son cerveau, elle sent deux cerveaux dans sa tête, il est de ses pensées qui ne lui appartiennent pas, elle est donc sur la voie des idées de possession et de dédoublement. De même Charles n'est plus maître de son cerveau, il sent deux personnes en lui, il est envoûté, il soupçonne sa maîtresse d'agir mystérieusement sur lui ; enfin il est quelquefois impossible à Dorothée de prier. Mais dans le premier de ces cas la poussée délirante de négation et celle de possession sont demeurées également embryonnaires ; dans les trois autres la poussée de possession a cédé nettement le pas à la poussée de négation.

Chez Emma, au contraire, par un processus inverse, ce sont les idées de transformation et de négation qui se sont trouvées avorter. Il semble d'abord qu'elle hésite sur la direction dans laquelle elle doit délirer. Certaines des métaphores par lesquelles elle exprime ses douleurs et ses malaises généralisés, paraissent nous orienter vers les idées de négation organique : c'est ainsi que son corps se disloque, sa tête s'en va, ses yeux se retirent, son corps et son cerveau sont vidés. Ces ébauches de négation se matérialisent encore en un certain degré d'anesthésie : les piqûres lui paraissent plus « mornes » à gauche. Mais en ce sens Emma ne va pas plus loin. D'autres métaphores, en revanche, nous acheminent vers les idées de possession : elle a mal au dos comme un soldat qui porte le sac, elle est, pour ainsi dire, chargée de quelqu'un ; et, en cette nouvelle direction, la poussée délirante porte tous ses fruits.

Mais ces idées de possession ne parviennent pas à se délimiter logiquement. Sans doute la possession est surtout phy-

sique, mais encore, au moins une fois, est-elle dénoncée comme psychique. Et cette possession physique hésite à se définir en termes statiques ou en termes dynamiques, avant de s'affirmer comme essentiellement fonctionnelle : tantôt Emma se plaint de n'avoir plus son nez, son front, sa tête, son cou, sa nuque à soi, et il faut bien reconnaître ici un délire de possession organique, tantôt elle se dit gênée dans ses mouvements, déclare avoir perdu sa facilité de travail, sa respiration à soi, ne plus posséder sa marche à elle, et c'est bien maintenant de possession fonctionnelle qu'il s'agit, et c'est, en fin de compte, cette forme de possession qui finit par l'emporter sur les autres. La possession ainsi définie ne se limite pas à Emma seule, mais s'étend par instants à sa famille et surtout à son mari. Enfin, si d'autres la possèdent, il semble bien qu'elle ait quelquefois l'idée de les posséder de son côté et d'agir sur eux, comme ils agissent sur elle, mais cette sorte d'idée de grandeur et de puissance n'est qu'un éclair dans son délire. Le groupe de ceux qui la possèdent ne se constituent pas non plus avec une irréprochable clarté : sans doute il est composé essentiellement des personnes avec qui elle a vécu, de ses patronnes, mais son beau-frère se trouve en faire également partie et, pour une fois qu'elle énonce une idée de possession psychique, c'est à son oncle qu'elle s'en prend : « Ce n'est pas mon esprit qui est dans ma tête, c'est celui de mon oncle ».

Ainsi, dans le cas d'Emma comme dans les précédents, les idées délirantes se répartissent malaisément dans les cadres logiques que nous avons constitués à leur usage, et établissent une sorte de continuité entre des points de vue que nous aimons à distinguer afin de penser clairement. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner si nous rencontrons également ici de ces déclarations où la pensée morbide fait, pour ainsi dire, bloc des diverses orientations délirantes que nous nous évertuons à discerner en elle, ne se révèle pas ceci ou cela, sauf à une analyse arbitraire, mais, en fait, se réalise dans l'intime et indéfectible union de ceci et de cela. Emma, par

exemple, déclare ne plus avoir ses yeux à soi : ils se retirent, sont pourris, ont été brûlés par l'électricité, ils ne voient plus comme avant ; auparavant ils étaient grands, brillants, limpides ; son patron D... lui en a fait un jour compliment devant sa femme dont la jalousie a été ainsi excitée ; depuis Emma ne voit plus avec ses yeux, mais avec ceux de M<sup>me</sup> D.... Libre à nous, encore ici, de parler successivement de possession organique, de transformation et de négation organiques, de transformation du monde extérieur, enfin de possession fonctionnelle, mais à condition de ne pas oublier que cet émiettement des énonciations de la malade en fait disparaître le caractère essentiel, cette déconcertante continuité, dont il importera avant tout de rendre compte.

Emma nous met en outre en présence d'un phénomène nouveau : avec ses idées de possession fait corps un délire de persécution nettement développé. Les modifications conceptuelles opèrent donc chez elle en une double direction. Mais il est aussi évident que les deux délires ont une origine commune et sont en continuité vivante, qu'il est impossible de saisir entre eux une continuité logique. Tous deux naissent, en effet, concurremment d'un concept particulier à la malade, sur les caractères originaux duquel nous aurons à revenir, le concept de gêne physico-morale, et, de ce point de vue, la distinction que nous établissons entre eux est plus commode que réelle, puisque ce concept, en accompagnant leur développement discursif, les rejoint continuellement. Mais arrivés à leur terme, ils sont logiquement en pleine discordance : les patrons qui sont classés de beaucoup au premier rang de ceux qui possèdent Emma, ne viennent parmi ses persécuteurs que bien après la famille de son mari, son beau-frère et son mari lui-même. A l'égard de ce dernier l'antagonisme des deux délires va jusqu'au paradoxe : de victime dans l'un, en effet, il passe persécuteur dans l'autre. Quand les deux poussées délirantes se rejoignent, c'est donc pour aboutir à un désastre logique : la



cohérence du système, évidente, pour ainsi dire, à nos yeux dans l'unité et la convergence des manifestations affectivo-motrices, ne tient donc pas, au contraire, aux ingéniosités dialectiques du développement discursif; elle est plus profondément située, au sein même de la poussée morbide qui pénètre les deux délires, comme l'identité de l'arbre tient non à la multiplicité capricieuse de ses rameaux, mais à la permanence de la sève qui les parcourt.

L'association délirante semble se faire plus logique chez Fernande, quand, à ses idées de transformation et de négation organiques et morales, se joignent des idées de persécution contre le docteur B.. Sans doute pourrait-on exciper, pour atténuer la portée de cette constatation, des manifestes tendances mythomaniques de la malade, mais point n'est besoin, en fait, de cette hypothèse, pour ramener cette cohérence logique à de plus modestes proportions. A prendre les idées de persécution en elles-mêmes, leur unité tient moins à la concordance des allégations souvent inconciliables ou contradictoires, sur lesquelles elles se fondent, qu'à l'hostilité et à la haine systématiques qui y trouvent leur expression, et donc cette unité est plus affective que logique. A considérer, d'autre part, ces mêmes idées dans leurs relations avec le délire de dépersonnalisation physique et psychique, il ne laisse pas que d'être surprenant de constater que l'effet précède la cause et que Fernande était déjà malade avant le séjour à la clinique B., qui, d'après elle, aurait consommé son malheur. Enfin il n'est pas inutile de noter que les deux délires s'expriment rarement en concurrence : tantôt Fernande est toute à son hypocondrie morale ou physique, tantôt toute à ses idées de persécution. Malgré leur continuité logique les deux délires semblent donc vivre de leur vie propre, évoluer indépendamment l'un de l'autre, obéir, chacun pour sa part, à un rythme original et traduire ainsi alternativement deux faces de la pensée morbide plutôt que d'en matérialiser l'unité.

De ces deux termes, possession ou dépersonnalisation et

persécution, que nous venons de voir se poser avec une netteté sensiblement égale, l'un peut disparaître, ou à peu près, devant l'autre et, comme chez Gabrielle, par exemple, les idées de possession s'enrober, pour ainsi dire, dans les idées de persécution. Du sorcier que fut son premier mari elle parle avant tout comme d'un persécuteur, mais certaines des expressions qu'elle emploie donnent à penser qu'au moins occasionnellement elle se croit possédée par lui, comme lorsqu'elle dit que le sorcier est son maître, et du reste la manière dont la persécution s'est réalisée, en une grosse monstrueuse, constitue bien une sorte de possession physiologique. La possession, a pour ainsi dire, perdu son individualité et n'est plus que le *modus operandi* de la persécution. Il semblerait donc que le délire, réduit au thème de persécution, dût réaliser un modèle d'organisation logique, d'autant que, comme nous l'avons vu, Gabrielle est loin d'être débile. Il n'en est rien cependant. On ne peut pénétrer les raisons de la conviction invincible où est la malade d'avoir à accoucher incessamment de trois jumeaux. Les troubles cénesthésiques qu'elle accuse seraient sans signification, si leur interprétation ne les avait pour ainsi dire précédés, puisqu'ils sont sans rapports avec les symptômes d'une grossesse ordinaire, puisque son fardeau est invisible et sa grossesse surnaturelle, immatérielle. Elle se fonde pour justifier sa certitude sur une malédiction de son premier mari, mais, de cette malédiction, elle ne peut ni administrer la preuve ni surtout donner les motifs, et elle aboutit, à cet égard, à de véritables non-sens logiques : « Il m'a jeté un sort, en mourant, car il a dû être maudit par sa mère qui l'avait eu à cinquante-deux ans ». Il est impossible de comprendre pourquoi sa grossesse et son accouchement, dont toute sa famille et elle-même sont également innocentes, seront des malheurs irréparables, entraîneront la perte de tous les siens et provoqueront même un désastre universel. En fait, à ce faisceau d'affirmations prodigieuses il n'est d'autre lien, comme en

témoigne le dernier terme du délire, que la nécessité où se sent Gabrielle de justifier à ses propres yeux les éclats de son anxiété et de son angoisse. Au lieu de la cohérence logique sur laquelle nous comptons, c'est à la constatation d'une unité extra-logique et manifestement affective que nos recherches nous conduisent.

Voilà donc des systématisations délirantes dont la constitution logique soulève mille difficultés et qui n'offrent pas, non plus, la simplicité dialectique à laquelle nous nous attendions. Ce dernier point trouvera confirmation nouvelle, si nous tenons compte, chez nos malades, de toutes les intentions délirantes qu'ils n'ont pas menées à terme. A toutes les ébauches de délire dont Adrienne est déjà riche, vient s'ajouter avec des hallucinations injurieuses l'esquisse d'idées de persécution. Chez Berthe avortent des idées de culpabilité et de grandeur, comme de persécution et de possession. Charles s'arrête au seuil du délire de culpabilité, mais va plus avant dans la voie de la possession et de la persécution. Dorothee accuse, au moins une fois, un de ses interlocuteurs de lui avoir pris son corps, ébauche des idées de grandeur, croit que Dieu exauce ses prières, se considère comme une sorte de Job femelle et d'élue à rebours, rapproche l'état de son corps de celui des corps glorieux. Le délire de possession et de persécution d'Emma, outre les idées de négation, affleure les idées de transformation du monde extérieur, d'influence réciproque et de grandeur. Fernande, avant d'avoir choisi le docteur B. pour persécuteur, et même depuis, s'en prend quelquefois à son premier ami, à ses parents et surtout à sa mère ; en toutes occasions elle manifeste des tendances revendicatrices. Gabrielle enfin tantôt esquisse des idées de culpabilité, tantôt proclame son innocence et celle de sa famille ; la haute idée qu'elle a d'elle-même l'incline à se comparer à la Vierge et à tendre aux idées de grandeur ; il lui arrive aussi d'accuser les mé-

decins de la persécuter. Un certain polymorphisme est donc pour ainsi dire de règle dans les cas que nous avons rassemblés et les étiquettes nosographiques dont l'emploi nous est familier ne sauraient définir semblables systématisations délirantes : par quelque point elles débordent toujours les cadres que nous leur aurons ainsi fixés.

Ainsi deux traits essentiels marquent les réactions intellectuelles de nos malades, considérées dans leur ensemble : un défaut d'organisation logique, tel qu'il est impossible de voir dans les formations délirantes des démarches méthodiques de la pensée discursive, et un polymorphisme, une multiplicité des orientations morbides, qui comporte tous les degrés, de la simple velléité au plein épanouissement. mais qui, en tout cas, déconcerte notre besoin de définitions. Les systématisations délirantes de nos malades échappent donc à notre logique.

Cependant leur cohérence et leur unité sont évidentes, mais elles sont d'un autre ordre : ce ne sont pas systématisations logiques, ce sont systématisations vivantes et vécues. Comment dès lors les concevoir ? Il semble que, chez nos malades, un mouvement global ait emporté la pensée morbide dans toutes les directions discursives, et plus d'une observation garde les traces d'une sorte de phase d'indistinction initiale, où les conceptions délirantes les plus diverses coexistent à l'état embryonnaire, en attendant d'avorter ou de donner quelques rameaux ou de s'épanouir enfin en délires proprement dits. C'est que, sous l'influence de circonstances difficilement déterminables encore, un choix se fait entre les diverses orientations délirantes, dont certaines acquièrent le privilège de concentrer à peu près uniquement sur elles l'effort de la poussée morbide. Dès lors, en ces directions privilégiées, les nécessités de l'expression discursive aidant, le développement de la pensée morbide va s'individualisant et s'écartant de la continuité initiale. Entre les différents thèmes délirants et dans leur propre sein les contradictions s'installent et se multiplient,

sans se laisser apercevoir du malade ou sans l'arrêter dans son activité paradoxale, tant l'évidence du point de départ et de l'attitude mentale, dont tout le processus pathologique est issu, fait contre-poids aux difficultés que soulève leur déploiement conceptuel. L'unité, la cohérence, la systématisation délirantes, suspectes donc dans le détail, se révèlent et s'affirment dans l'ensemble.

Une telle organisation de l'activité psychique nous serait inconcevable sans l'expérience que nous avons de la puissance coordinatrice des mouvements affectifs, qui, pénétrant la masse de nos états de conscience, y introduisent, en dépit de mille discordances, une unité originale, dont la logique s'épuise vainement à fournir les équivalents deductifs. Ainsi la cohérence de la poussée morbide, égrenée en formations délirantes contradictoires, s'exprime à nos yeux en la persistance d'une même attitude sentimentale, marquant et signant de son identité vivante une série de réactions psychiques logiquement inconciliables.

La théorie affective des délires systématisés a donc quelque chose de fondé, et, faute de pouvoir les interpréter comme des processus d'organisation logique, force nous est bien d'invoquer cet autre type d'organisation psychique, dont les observations démontrent qu'ils se rapprochent à tant d'égards. Le rôle de l'anxiété dans la genèse des conceptions morbides de Gabrielle est si évident que c'est pour les cas de ce genre qu'a été inventée l'expression d'anxiété délirante. Pour résumer sa situation, Emma ne trouve rien de mieux à dire, sinon qu'elle est fatigante et humiliante : de l'échafaudage inouï de ses constructions délirantes l'essentiel est donc, à ses yeux, le retentissement affectif. Dorothee en revient toujours à l'inquiétude où elle se trouve de sa façon de vivre, en laquelle elle voit la meilleure preuve des transformations physiques qu'elle dénonce. Le délire de Fernande a beau s'élargir sans mesure, il ne sort jamais d'un cercle, dont l'angoisse et l'anxiété cardiaques sont le



centre. Quand elle s'essaye à définir l'anesthésie douloureuse et l'inaffectivité désespérée, dont elle fait l'extraordinaire et atroce expérience, c'est dans l'ordre affectif qu'en fin de compte elle cherche un cadre qui convienne à ses états : pour concilier ses déclarations contradictoires et expliquer pourquoi elle souffre, sans cependant rien éprouver, c'est au concept d'horrible, qui semble, à ses yeux, prendre une valeur particulière et constituer une catégorie nouvelle, irréductible à toute autre, qu'à plusieurs reprises elle fait appel. Cette dernière constatation est capitale, car elle donne beaucoup à penser sur la nature des états affectifs qui sont à l'origine des délires systématisés. S'ils étaient en effet calqués sur les nôtres, les malades ne s'épuiseraient pas en vains efforts, pour en fixer le véritable caractère et les réaliser intellectuellement en conceptions délirantes.

Une fois admis le caractère extra-logique ou affectif des conceptions délirantes, reste à savoir jusqu'à quel point cette affectivité morbide, riche de tant de conséquences paradoxales, est comparable à la nôtre, et le défaut des théories affectives est de s'être arrêtées, le plus souvent, à comparer le malade délirant et l'individu passionné, sans se demander précisément si les caractères communs que nous leur reconnaissons n'étaient pas uniquement négatifs, et, par conséquent, de n'avoir pas semblé même entrevoir la difficulté que nous soulevons. D'un mot, pour tout résumer, quand nous essayons de comprendre les formations délirantes à l'aide de notre expérience intellectuelle, nous voyons bien que c'est à notre expérience affective qu'il nous vaudrait mieux avoir recours. Mais, quand nous prétendons utiliser à cet effet notre expérience affective, nous sentons qu'elle n'y suffirait pas non plus à elle seule, et que la poussée morbide, pour pouvoir donner tout ce dont elle est capable, y opère des corrections essentielles, dont il importera au premier chef de prendre connaissance, si nous voulons pénétrer le secret de la conscience morbide. Les

théories affectives n'aboutissent donc pas à la solution que nous cherchons et, en négligeant de s'enquérir explicitement de la nature de l'affectivité morbide, laissent, de fait, le problème à peu près entier.

---

## VIII

### LES SOUVENIRS, LES CONCEPTS, LES JUGEMENTS MORBIDES

Maintenant que nous avons déterminé chez nos malades les caractères généraux des systématisations délirantes, il y aura avantage pour nous à suivre la pensée morbide dans le détail de ses démarches et à examiner les formes discrètes qu'elle revêt, soit qu'elle se distribue dans le temps et s'organise en souvenirs, soit qu'elle se constitue en concepts, soit enfin qu'elle s'objective en jugements. L'ordre que nous observons semble, à première vue, nous conduire du complexe au simple ; mais ce n'est peut-être qu'une apparence. Il n'est pas, en effet, évident que les notions de simple et de complexe puissent jouer pour la vie mentale exactement comme elles font pour le monde inorganique, et qu'un état de conscience soit aucunement comparable à un composé chimique. Il se peut que, loin de la constituer par une sorte de prise en masse, les phénomènes psychiques individualisés se découpent dans la continuité de la conscience. Dans ces conditions rien ne serait plus sujet à caution que le caractère élémentaire qu'on leur concède couramment, et l'étude en devrait commencer naturellement par celle des ensembles dans lesquels ils sont insérés. Mais point n'est besoin d'aller chercher si loin pour justifier notre plan. Il nous paraît, en effet, qu'il était indispensable de faire une reconnaissance générale des terres encore mal connues où nous pénétrions, avant de pratiquer le relevé isolé de leurs singularités topographiques.

Sans doute le sentiment d'avoir vécu dans la durée est

indispensable à la compréhension de ce que sont des mois et des années, et les procédés objectifs, que les collectivités ont adoptés pour mesurer le temps, seraient intelligibles sans l'expérience originale de la manière dont il s'écoule et dont les réalités le remplissent. Mais il n'en reste pas moins que l'individu normal en vient à penser la durée sous les espèces d'une route droite et unie, que les étapes du calendrier découpent en tronçons nettement déterminés. Nous avons beau, autour d'un événement de notre vie passée, avoir ressuscité tout le détail du mouvement psychique qui nous emportait alors. Pareille reconstitution ne nous satisfait pas, s'il ne s'y joint une date précise qui la situe dans le passé collectif. Le sentiment concret que nous avons de la durée le cède de beaucoup en importance, pour nous, à la notion abstraite que nous en obtenons par ailleurs, et, dans les conflits où représentation du temps et sentiment de la durée se heurtent, c'est toujours la première qui se trouve avoir le dernier mot : quand notre ennui nous fait juger les minutes des siècles, si notre montre nous avertit de notre erreur, c'est elle que nous en croyons. Cependant, sans les multiples sentiments inséparables de la durée, la notion de temps nous resterait intelligible et, en fait, ce n'est jamais d'un temps se déroulant d'un mouvement toujours uniforme, mais d'une succession de moments tantôt lents, tantôt rapides, que nous avons l'expérience. L'idée de temps est un des plus saisissants exemples que la vie consciente nous fournit d'une notion qui s'est constituée en éliminant des éléments concrets dont elle est issue les plus essentiels de leurs caractères subjectifs et qui a fait à ce point fortune qu'elle se dresse devant les sentiments, dont elle tire son sens et sa vie, comme la réalité devant l'illusion<sup>1</sup>.

Chez plusieurs de nos malades la notion de temps, avec la clarté des nécessités logiques qu'elle comporte, n'arrive pas à surmonter pleinement les difficultés que lui

1. Cf. Bergson, *Essais sur les Données Immédiates de la Conscience*, 1889, chap. II.

créent les bouleversements affectifs, et subit une sorte de transformation anxieuse, que nous éprouvons une peine croissante à imaginer.

Cette transformation est d'abord assez subtile. Gabrielle, depuis septembre 1909, vit dans l'attente de l'épouvantable malheur d'un accouchement désastreux. Or la grossesse est un phénomène physiologique d'une durée objectivement définie : comment se fait-il, dès lors, qu'au bout de neuf mois Gabrielle redoute encore d'être enceinte ? Peut-être est-ce que la constatation abstraite du temps écoulé ne l'impressionne plus comme nous, mais les preuves nous manquent pour l'affirmer sans réserves. Cependant, à y regarder de plus près, il semble bien que, pour Gabrielle, passé et présent n'existent plus qu'en fonction de cet avenir immédiat, qu'elle redoute et au delà duquel elle ne paraît plus rien supposer. Pour elle le temps se contracte, pour ainsi dire, en ce moment de la durée sur lequel se penche son angoisse. Sans doute notre attitude est bien de prime abord analogue, quand nous attendons un malheur ; mais, le moment dangereux une fois passé, l'avenir s'éclaircit à nos yeux et cesse de nous paraître redoutable. Chez Gabrielle, il en va bien autrement : l'avenir a beau s'abîmer dans le passé, sans qu'aucun incident se produise, elle n'en garde pas moins toujours le même effroi de l'avenir immédiat. C'est donc que, dans la perception de cet avenir, la réalité essentielle n'est plus la notion abstraite du temps, mais le sentiment qui la colore. Cet avenir, en un sens, n'appartient plus au temps, il est de l'anxiété matérialisée dans une certaine direction de la durée : l'élément subjectif a pris ici sa revanche, c'est lui maintenant qui est tout, la notion abstraite et ses nécessités logiques n'étant rien.

Or une fois que cet élément prédomine, les moments du temps deviennent, pour ainsi dire, interchangeables, tenant, comme ils font, toute leur valeur et leur importance non de leur place dans la série, mais des états de conscience qui les pénètrent. C'est ainsi que Dorothée, d'abord



inquiète du passé, se préoccupe ensuite de l'avenir : mais inquiétude du passé, préoccupation de l'avenir ne sont qu'expressions discursives de l'incertitude angoissante où elle est sur sa manière de vivre, c'est-à-dire de son anxiété présente. Il est vrai que, chez ces deux malades, le trouble de la notion du temps, s'il existe, est loin de sauter aux yeux, car elles utilisent avec une correction au moins apparente, sans effort ni hésitation, les cadres familiers du passé, du présent et de l'avenir.

Il en est autrement de Charles qui déclare avoir perdu la notion du temps : il vit comme une bête, au jour le jour, dans une sorte de recul et de retraite du passé et de l'avenir ; il est comme entre deux horribles nuits ; le temps lui paraît immense, interminable ; un premier abîme le sépare de l'instant écoulé et un second des événements lointains, et cependant passés ancien et récent constituent un inextricable mélange, et non seulement passés ancien et récent se mêlent, mais encore nuit, jour, hier, aujourd'hui, demain paraissent tout pareils : une sorte d'interminable souterrain. Ainsi, comme nous avons eu occasion de le dire à son sujet, une coulée affective de morne tristesse a pénétré sa représentation du temps, rétabli la continuité là où la pensée normale installe la distinction, et mis l'accent non plus sur les représentations discrètes du passé, du présent et de l'avenir, mais sur la tonalité générale qui les enveloppe. Des événements de sa vie, ce qui domine à sa conscience, ce n'est donc plus leur synchronisme banal avec les mouvements du pendule qui mesure, sans s'en douter, le temps objectif, mais le sentiment dans lequel il les vit ou les revit. D'où effacement, avec toutes ses conséquences, de la représentation abstraite du temps devant le sentiment affectif qui sillonne la durée vécue, et, du fait de la substitution que nous avons décrite, impression pour le malade qu'il a perdu la notion du temps, alors, au contraire, qu'il est, au fond, revenu à sa source. Mais ce qui importe surtout pour nous présentement, c'est de constater une fois de plus dans les

troubles subis ou dénoncés par nos malades l'influence et l'action des impressions et des états affectifs.

Ces modifications affectives de la notion du temps ne peuvent pas laisser sans atteintes les souvenirs, cette armature du passé, sans laquelle il serait à nos yeux comme s'il n'était pas.

En effet, six de nos malades sur sept présentent des altérations plus ou moins profondes dans le régime des souvenirs, sans qu'il y ait lieu, sauf pour Fernande, d'incriminer la mythomanie. Encore son observation demeure-t-elle néanmoins utilisable ici, car ses tendances mythomaniques se subordonnent manifestement à ses préoccupations morbides et interviennent plutôt comme circonstances adjuvantes que comme cause essentielles, dans les infidélités de sa mémoire : ses fabulations rétrospectives y gagnent en richesse de détails et en intensité d'expression, mais tirent d'ailleurs leur orientation et leur portée.

Les souvenirs que nous avons été amené à étudier de préférence chez nos malades sont naturellement ceux auxquels ils étaient disposés, tous les premiers, à attacher le plus d'importance. Souvenirs des événements ayant joué à leurs yeux un rôle fondamental dans la genèse de leurs troubles, il semblerait qu'ils aient dû se fixer dans leur esprit, sinon avec une exactitude, du moins avec une netteté et une stabilité toutes particulières. En fait, si différentes que soient les conditions dans lesquelles ils se présentent à notre examen, il se trouve qu'il n'en est rien.

En un premier groupe les souvenirs portent sur des événements isolés, dont l'authenticité ne nous est pas vérifiable ; nous ne les connaissons que par les malades eux-mêmes et par ce qu'ils en ont dit à leur entourage. Dans ces conditions nous nous heurtons à une première particularité : la cousine d'Adrienne, l'ami de Berthe semblent savoir mieux qu'elles ce qui leur est arrivé. Les récits qu'ils nous font sont plus cohérents, plus circonstanciés, plus explicites, s'adaptent mieux aux conséquences que les événements

sont censés avoir eues. Au contraire, les confidences des malades, pauvres et maladroites dans le détail, abondent en variations importantes, en invraisemblances matérielles, en contradictions, et n'arrivent point à se recouvrir et à s'ordonner d'une manière satisfaisante, quand, comme chez Emma, l'accumulation d'aventures étranges, isolément à peu près acceptables, ne finit pas par rendre suspect l'ensemble extravagant qu'elles constituent. Même les dates sont souvent incertaines, en des cas où il semble que, chez le normal, elles se seraient à jamais fixées dans la mémoire : c'est ainsi qu'Adrienne ne sait pas au juste quand s'est produite la fameuse peur d'où est venu tout son mal. Il se pourrait que ce fût cette incertitude de la localisation des souvenirs dans le temps, qui, jointe au sentiment qu'une localisation précise les rendrait plus vraisemblables, incite la mythomanie de Fernande à assigner à des événements invérifiables des dates dont le calendrier perpétuel démontre l'inexactitude. Ainsi, où nous nous attendions à trouver netteté et stabilité, c'est polymorphisme, incohérence et imprécision que nous rencontrons.

Quand, comme chez Fernande, pour le récit de son séjour chez le Dr B., nous avons la bonne fortune de pouvoir, sur une période assez longue, confronter les dires du malade avec les déclarations d'un témoin, nous constatons que le détail des événements reste reconnaissable et que, même chez cette mythomane, le passé ne se transforme pas de fond en comble. Mais, si les faits matériels demeurent grossièrement les mêmes, ils prennent chez le malade une signification toute nouvelle et surtout s'agencent en de multiples combinaisons, de sorte que l'invraisemblance et la contradiction s'installent entre les différents récits : les formules stéréotypées en lesquelles se fixent certains détails essentiels et autour desquelles cristallisent les déclarations successives de la malade, ne doivent pas faire illusion, car le ciment qui les unit varie dans sa composition et elles s'utilisent à plus d'une fin. Donc, alors même qu'il s'agit non plus

d'un souvenir isolé, mais d'une suite de souvenirs, l'exactitude de certains détails, la fixité et la précision de quelques éléments fondamentaux ne doivent pas nous faire perdre de vue le polymorphisme contradictoire de l'ensemble.

Et cependant cette masse de souvenirs a, chez Fernande, son unité; mais c'est une unité affective, qui détermine la transposition générale des événements en fonction de son hostilité contre le Dr B. et qui, entre les divergences logiques de ses récits, installe une continuité vivante.

Parallèlement, chez Adrienne et chez Berthe, le souvenir des événements est beaucoup moins puissant et précis que celui des émotions dont ils ont été le prétexte. Des faits eux-mêmes elles ne signalent au fond que juste ce qui est nécessaire pour faire rétrograder le sentiment dans le passé. Chez Berthe l'uniformité affective des souvenirs que nous avons analysés est flagrante : ils tournent tous autour de la peur et des préoccupations génitales ou de l'extase, et ceux qui ont cette dernière pour centre en viennent, parfois, à se réduire à une simple et pure impression affective, comme lorsque, de prières d'une inspiration magnifique, la malade ne peut rappeler un seul mot. A la limite, l'affirmation du souvenir affectif se heurte à l'incertitude sur la matérialité des événements. Or, pour une grande part, ces souvenirs naissent en périodes d'agitation anxieuse et rappellent des émotions de même sens et de même nature : Adrienne en est un bel exemple. On en vient ainsi à se demander si cette tonalité affective qui constitue l'essentiel du souvenir n'est pas, plutôt qu'évocation d'une émotion antérieure, projection dans le passé de l'émotivité présente.

Ainsi, de Fernande à Adrienne en passant par Berthe, la part de l'actuel dans les souvenirs va croissant, jusqu'à ce point qu'à la limite le souvenir apparaît comme une sorte de métastase du présent dans le passé.

C'est là, du reste, du moins au premier abord, un phénomène normal : sous l'influence de toute émotion un peu vive notre passé se transforme affectivement à nos yeux et,

pour peu qu'elles soient intenses, ces transpositions de valeur morale ne vont pas sans compromettre l'objectivité de nos souvenirs. Non seulement nous les sentons, mais encore nous les voyons autrement que nous ne fîmes les originaux, dont ils se donnent pour la copie. Ainsi, entre Fernande en particulier et nous, il semblerait qu'il ne pût être question, à cet égard, que d'une différence de degré. Reste que cette différence de degré est vraiment considérable : la manière dont elle jongle avec des événements matériellement exacts pour les ordonner, presque simultanément, en séries contradictoires de forme, mais identiques d'esprit, suppose que, chez elle, la modification affective des souvenirs s'opère avec une extrême intensité et demeure réfractaire à des nécessités conceptuelles, dont la conscience normale a peine à s'affranchir. C'est également le cas de Charles : de sa maîtresse et de l'enfant qu'il aimait à retrouver auprès d'elle il a gardé un souvenir attendri, que la poussée morbide a pénétré d'abord de regrets et d'inquiétudes, avant d'y installer, par une sorte de retour en arrière, le résultat de ses investigations délirantes : le quasi-possession qu'il est devenu voit, dans l'influence amoureuse qu'il a subie, une influence magique et mystique, qui s'est de longue date exercée et s'exerce encore par d'incompréhensibles moyens. Ainsi, à la lumière des convictions présentes, toute une partie du passé se colore de nuances d'abord inaperçues, ressuscite en détails longtemps tenus pour insignifiants et peut-être même, sans que nous atteignions des preuves directes, se complète, dans ses remaniements, par de véritables créations. Cependant, malgré l'intensité de cette transformation des souvenirs, le rapprochement de la conscience normale et de la conscience morbide semble encore possible.

Ce rapprochement devient, il est vrai, plus difficile, mais non absolument impossible, quand ce n'est plus seulement une partie du passé, mais le passé tout entier, qui est enveloppé dans le processus de transformation affective. Qu'il



s'agisse bien alors d'une rétrogradation de l'émotivité présente, Fernande nous en est une preuve, quand elle avoue que, sous l'influence de ses souffrances, mille détails oubliés remontent à sa mémoire ; et que, d'autre part, cette rétrogradation puisse envahir tout le passé, si la notion des délires rétrospectifs n'était pas déjà classique, Emma et Gabrielle nous en fourniraient amplement la démonstration. Toute la vie antérieure d'Emma, toute l'histoire de sa famille sont, pour ainsi dire, absorbées par ses convictions délirantes : sa sœur, qu'on dit aliénée, est en butte aux mêmes persécutions qu'elle et il n'est pas jusqu'aux circonstances dans lesquelles sa mère l'a engendrée, qui ne deviennent significatives à ses yeux. De même Gabrielle découvre, à des marques inintelligibles pour nous, la signature du bandit qui la possède sur tous les événements, heureux ou malheureux, de sa vie. Il ne s'agit donc plus ici seulement de modifications partielles des souvenirs, mais de la reconstitution globale du passé sur le nouveau plan qu'a tracé l'anxiété présente. D'où, dans les moindres récits, une intraduisible et dramatique étrangeté, née de la transformation délirante qui a mis le passé à l'unisson du présent.

Or il est bien vrai que, de notre côté, nous tendons à systématiser notre passé à la lumière de ce à quoi il a abouti : la connaissance de ce que nous sommes, en y introduisant une sorte de cohérence rétroactive, apporte une unité souvent factice dans le souvenir de ce que nous avons été. Mais chez l'individu normal, du passé au présent, la continuité, pour être relative, n'en est pas moins réelle : sa mémoire peut donc en s'exerçant subir l'illusion que nous venons de dire, sans s'affranchir pour cela de tout souci d'objectivité et, en tout cas, il n'arrive, pour ainsi dire, jamais qu'elle s'en affranchisse sur tous les points à la fois. C'est que, du fait même que notre vie psychique s'est déroulée normalement, il n'y a pas incompatibilité pour nos souvenirs à être objectifs et à nous apparaître en même temps comme nôtres.

Il n'en est peut-être pas de même dans les cas que nous

étudions : l'état présent de la personnalité y est tel qu'il contredit son passé bien plutôt qu'il ne le prolonge, et, comme rien n'est plus réel pour la conscience que ce qu'elle est, il faut bien que ce passé, pour être sien, cesse d'être ce qu'il a été, puisque, sous sa forme objective, il ne saurait plus être assimilable. Le passé, en un sens, n'est pour la conscience présente qu'une manière de s'objectiver. La conscience normale, en s'objectivant dans le passé, se rencontre à peu près avec ce qu'elle a été, parce que, somme toute, elle l'est encore, et, dans ces conditions, il y a bien mémoire, comme nous l'entendons, puisque les souvenirs, tout en baignant dans l'affectivité actuelle, répondent cependant à ce qui fut autrefois. Mais pour la conscience morbide, à la limite, semblable succès n'est plus possible : en poussant dans le passé, si elle veut s'y reconnaître, il lui faut renoncer à retrouver ce qu'elle a été, pour, d'après ce qu'elle est, conjecturer ce qu'elle aurait dû être, et ce qui est souvenir à ses yeux est, à ce point, absorbé dans l'originalité des tendances affectives présentes, qu'il n'arrive plus à s'en dégager et à rejoindre le passé objectif pratiquement disparu.

Or, de ce point de vue, il apparaît bien qu'il y a entre nos souvenirs et ceux de nos malades plus qu'une différence de degré. Leur passé n'est plus superposable au nôtre. Le besoin de la conscience présente de s'objectiver dans un passé est commun à la conscience morbide et à la conscience normale ; mais, en le satisfaisant, la conscience normale aboutit généralement à une reconstitution, au moins partielle, de ses états antérieurs, tandis que, à la limite, la conscience morbide n'obtient que l'objectivation pure de ses conditions actuelles.

L'attitude d'Adrienne et de Berthe à l'égard de leurs souvenirs semble, bien davantage encore, confirmer une telle manière de voir. De faits, dont la matérialité est en elle-même très suspecte, c'est uniquement, nous l'avons vu, le souvenir affectif qui leur importe. Elles affirment avoir

éprouvé de très vives émotions ; sur les circonstances dans lesquelles elles les ont ressenties, elles se montrent spontanément beaucoup moins prolixes et presque indifférentes. C'est qu'au fond elles s'en désintéressent. L'émotion, dont elles disent se souvenir, les préoccupe beaucoup plus par ses effets que par ses causes, et la réalité leur en est démontrée bien moins parce qu'elle a été que parce qu'elle a produit. Plus un événement a eu de conséquences pour nous, plus notre conscience en conserve un souvenir précis et exact et il lui paraîtrait contradictoire que cette exactitude et cette précision du souvenir ne correspondissent point à l'importance de l'événement : c'est que les conditions dans lesquelles elle opère lui permettent un véritable retour sur le passé. Au contraire, pour la conscience morbide, le passé est étroitement conditionné par le présent et, en un sens, ne vit et n'existe que pour lui. De l'émotivité présente naît l'intensité de l'émotion passée et de l'émotion passée l'ensemble des circonstances, qui sont censées l'avoir engendrée. Mais la conformité même factice à l'expérience antérieure n'est plus ce qui préoccupe ici la conscience, elle se soucie bien davantage d'avoir d'où revenir à ses inquiétudes actuelles, et la seule condition qu'elle exige donc du passé est de légitimer le présent : elle le tient quitte de tout le reste.

De là l'indifférence magnifique des souvenirs de Gabrielle à la contradiction. De l'événement qui a entraîné son malheur, elle ne donne pas moins de trois récits, non seulement peu vraisemblables en eux-mêmes, mais encore incompatibles entre eux, et sa conviction immuable et absolue se partage également entre trois versions presque simultanées. C'est qu'elles offrent une unité affective qui lui ferme les yeux sur les radicales divergences de leur expression discursive et qui suffit à ses besoins, puisqu'elle satisfait aux exigences de son anxiété présente. Du souvenir qu'elle dénonce, le passé objectif a donc, avec la grosseesse tardive de la belle-mère, fourni seulement le prétexte : elle est le

grain de matière autour duquel l'anxiété actuelle a cristallisé en deux ou trois systèmes différents, et ainsi, de ce souvenir, tout ce qui fait le corps et la vie vient du présent, qui s'y objective, et non du passé, où la conscience morbide l'a inséré, parce que, à l'imitation de la conscience normale, elle veut avoir aussi des apparences de souvenirs discrets, distribués dans le temps mesurable. En tant que l'idéal de la mémoire est de nous fournir des événements antérieurs une représentation objective, on peut bien dire que nous assistons ici à sa désobjectivation à peu près complète. Or cette désobjectivation s'opère en faveur de troubles affectifs intenses et nous ne pouvons nous en faire une lointaine idée que par les désordres que les mouvements émotifs entraînent dans le régime de nos souvenirs. Mais nous avons également l'impression que de tels phénomènes, si, faute de mieux, nous sommes réduits à les rapprocher de notre expérience affective, ne laissent pas, en même temps, de la dépasser par plus d'un point.

Dans le détail des démarches conceptuelles de la pensée morbide, nous allons rencontrer la même nécessité de faire appel à notre expérience affective et la même difficulté à y trouver complètement satisfaction.

La conscience morbide vit dans une sorte de scandale logique, que suffit souvent à dissimuler le revêtement verbal qu'elle emprunte. Forcé, en effet, d'employer les mêmes mots que nous et de les agencer en phrases calquées sur les nôtres, l'aliéné introduit dans l'expression de sa pensée un ordre grammatical de nature à faire illusion. Mais, heureusement pour notre recherche, ce revêtement verbal n'est pas partout égal à lui-même; les contradictions internes exercent sur lui par endroits des poussées si violentes qu'il ne suffit plus à les dissimuler. Il apparaît alors que la conscience morbide n'opère pas à l'intérieur d'elle-même les distinctions qui sont pour la pensée normale les plus évidentes et les plus nécessaires, embrasse, derrière la banalité

de ses expressions discursives, des ensembles conceptuels, que nous ne parvenons pas à réaliser, et conçoit son univers matériel et moral sous des formes et sur un plan qui nous sont inintelligibles.

Cette indistinction paradoxale, nos observations vont nous la montrer pénétrant des plans de plus en plus profonds de la conscience, intéressant des masses de plus en plus considérables d'états psychiques et les adaptant ainsi, d'une manière toujours plus évidente, à la constitution d'une expérience irréductible à la nôtre.

Déjà, même si on néglige les autres difficultés logiques dans lesquelles elle s'engage concurremment, il est assez singulier de voir Dorothée utiliser simultanément, pour rendre compte de son état, les notions de mort et d'immortalité. Mais on peut soutenir que la contradiction est ici seulement de surface et tient moins au fond de la pensée qu'au système de représentations dans lequel elle puise son expression : l'inquiétude où est Dorothée de sa manière de vivre est si intense qu'elle ne peut détourner son attention de la transformation organique qu'elle croit avoir subie et, pour interpréter semblable transformation, l'état de cadavre et celui de corps glorieux sont les deux hypothèses que lui fournissent l'expérience et l'imagination collectives. Il reste, cependant, qu'elle semble moins sensible que nous ne le serions apparemment, à ce que ces hypothèses ont de contradictoire, et que l'état de conscience, qui nécessite semblable appel à ce qui défie toute expérience personnelle, doit avoir quelque chose de bien original.

Assurément l'indistinction est assez nette, quand Charles tergiverse pour décider s'il a peur ou envie de mourir, et manifeste ainsi que nos cadres affectifs ne sont plus spontanément utilisables pour lui. Mais littérature et philosophie modernes nous ont trop familiarisés avec l'irréductible spécificité des mouvements émotifs pour que semblable hésitation devant la rudimentaire grossièreté de nos distributions verbales nous paraisse scandaleuse : l'état d'âme



sur lequel se penche complaisamment notre sollicitude inquiète ou ravie, ne ressemble, nous le savons, à aucun autre et échappe, par conséquent, à la précision superficielle d'un enrégimentement qui prétendrait, d'un mot, définir sa nature et épuiser ses vertus. « Il y a des moments, nous écrivait une malade du service, atteinte de névrose d'angoisse, où je souffre (à ne pas le supporter), et je ne pourrais pas dire si c'est physique ou moral, si c'est ce que je pense ou ce qui m'entoure, qui me fait souffrir, si c'est un désir contrarié, une pensée, un regret ou ce que j'entends ou ce que je vois. » Pour réfractaire qu'il se montre à l'expression discursive, à ses clartés et à ses distinctions, ce thème morbide s'apparente si étroitement à un thème lyrique qu'il ne nous est pas possible de le tenir pour irréductible à notre expérience.

Il reste cependant un point par où Charles et la malade que nous venons de citer ne nous sont pas absolument comparables. Pour les états de sa sensibilité, l'homme normal, quand il est cultivé, a pour ainsi dire deux poids et deux mesures. Dans ses moments de loisir ou de retour sur lui-même, il trouve une satisfaction délicate à pénétrer, de lui-même ou à la suite des poètes, des romanciers et des moralistes, le détail des mouvements affectifs et à saisir en eux l'intense individualité de ce qui ne sera pas deux fois. Mais, à peine rentré dans la vie pratique, il oublie les raffinements où il s'est complu, les émouvantes pénombres où il s'est à plaisir égaré ; la lumière brutale et crue des définitions conceptuelles lui suffit pour juger de ses sentiments, car il est préoccupé avant tout de ce qu'ils valent pour l'action et seule l'expérience antérieure, à laquelle ces définitions le renvoient, peuvent l'informer sur ce point. Le contact de la réalité, au contraire, ne parvient pas à distraire Charles du problème que sa sensibilité lui pose. L'attitude spéculative envahit chez lui le domaine de l'activité pratique. Son état affectif une fois sorti des cadres conceptuels, aucune considération ne l'y fait plus rentrer spontanément et sans

effort. Il faut donc bien que l'individualité de ses sentiments n'ait plus la malléable souplesse de ceux de l'homme normal. Néanmoins les faits que nous venons de rapporter ne sont pas suffisamment explicites. Si un certain degré d'indistinction compte parmi les caractères essentiels de la conscience morbide, il est besoin d'en chercher ailleurs une démonstration plus précise.

Mais il apparaît bien que des distinctions, qui nous sont familières au point que nous les tenons pour nécessaires et immédiates, ne gardent plus pour la conscience morbide la même évidence et la même portée. C'est ainsi que notre pensée conçoit un abîme entre la simple idée d'un état et son effective perception et n'imagine pas qu'il puisse être jamais comblé. Or il semble à Charles qu'il va mourir, mais il ne sait au juste si c'est une idée qu'il se fait ou une sensation qu'il éprouve : les divers plans de la subjectivité ne s'ordonnent donc plus pour lui avec la même netteté que pour nous. De même, de l'objectif au subjectif, les différences s'effacent. Sans se méprendre aucunement sur leur véritable nature, Charles se préoccupe autant, sinon plus, de ses rêves et de ses hallucinations hypnagogiques que des réalités de la veille. Au sortir d'un cauchemar, la seule idée que ce n'était qu'un cauchemar suffit pour l'individu normal à remettre, presque immédiatement, toutes choses en place. Chez Charles le contenu objectif des états de conscience semble passer au second plan. C'est à leur retentissement affectif qu'il s'intéresse avant tout : l'éminente dignité que nous attribuons dans notre pensée à la représentation par rapport à l'image, se distribue chez lui à travers toute la réalité consciente en raison, non de l'objectivité, mais de l'intensité des états.

Enfin il peut se constituer entre une partie de l'objectif et divers plans du subjectif une identification à peu près complète. Pensée réfléchie et volontaire, vagabondages de l'imagination, rêves, rêveries, langage intérieur, propos que nous tenons en effet, paroles que nous croyons

entendre, paroles que nous entendons réellement, phrases que nous écrivons, mots que nous lisons, objets que nous voyons, constituent pour nous des moments tellement distincts de la vie psychologique qu'il ne nous paraît pas possible que jamais conscience en puisse méconnaître les caractères singuliers. Or il semble à Berthe que les libres associations d'idées équivalent à la pensée réfléchie et supposent l'intervention d'une activité analogue, qu'on entend sa pensée aussi bien que sa parole, que ce qu'elle croit entendre vaut ce qu'elle entend réellement, qu'elle parle ce qu'elle lit ou ce qu'elle écrit et qu'elle pense ce qu'elle voit. Aussi en arrive-t-elle d'identifications en identifications à considérer que c'est tout un que de penser, de parler et d'entendre, et aussi de lire et d'écrire, et peut-être même de voir. Confusion inextricable et inintelligible pour nous, mais qui ressort des déclarations mêmes de la malade et sans l'hypothèse de laquelle nous ne saurions comprendre ni comment les paroles qu'elle prononce livrent des pensées qu'elles n'expriment pas ni comment elle peut se plaindre indifféremment d'entendre répéter ce qu'elle pense ou de penser ce qu'elle entend dire : penser, entendre, parler étant la même chose, la pensée intérieure doit s'entendre aussi bien que la parole et, entre entendre dire ce qu'on pense et penser ce qu'on entend, il n'y a plus contradiction, mais simple différence toute momentanée de point de vue.

Si, nous souvenant maintenant de ce que nous avons eu occasion de signaler à propos des idées de dépersonnalisation et d'étrangeté du monde extérieur et de la manière dont le trouble morbide, pénétrant concurremment les domaines du moi, du corps et des choses, réalise entre eux de paradoxales continuités et de décevantes équivalences, nous faisons bloc de nos constatations antérieures et de nos constatations présentes, il semble bien que nous soyons en droit de conclure que la conscience morbide a perdu le sens de l'utilisation spontanée et précise des cadres

dont nous avons à ce point l'habitude que nous les jugeons contemporains de l'exercice même de la pensée. Plus nous avançons dans notre étude, plus il devient évident que la conscience morbide se caractérise, au moins en partie, par la reprise en masse des états distincts, en lesquels la conscience normale se fragmente, pour ainsi dire, à l'instant même qu'elle se connaît, et dont, par conséquent, elle se croit faite, alors, au contraire, que c'est elle qui les crée peut-être tout entiers en les tirant de son propre sein.

Cet effacement des cadres rigides où se distribue notre expérience pousse très loin ses effets. Tout d'abord il ouvre une voie aux phénomènes connus en clinique sous le nom d'hallucinations. L'identification, par exemple, de la pensée et de la parole, que nous constatons chez Berthe, conduit naturellement les malades à parler de la pensée comme de la parole, c'est-à-dire comme d'une chose qui s'entend, et Berthe, en particulier, s'exprime quelquefois en hallucinée psycho-motrice. De même Charles attribue à ses propos intérieurs une énorme importance ; constamment ses préoccupations prennent la forme de phrases à lui adressées : « Tu vas être malade », — « Mais non ! tu dois toujours y penser ». Mais, du fait que les choses valent moins à ses yeux par leur réalité objective que par leur retentissement affectif, il n'est plus pour lui de fossé infranchissable entre la parole entendue et le langage intérieur. Aussi en vient-il à se comporter à l'égard du second comme à celui de la première. La silhouette confuse d'un interlocuteur se dessine d'abord au fond de sa pensée, sans s'animer : quelque chose semble lui dire : « Tu seras comme ton père », puis finit par prendre, au moins impersonnellement, figure humaine : on croirait qu'on dit à son cerveau : « Tu seras toujours dans cet état de tristesse » ; et encore cet on est-il plutôt là par une sorte de pudeur, car, malgré les doutes qui lui restent, dans son idée, c'est bien de sa maîtresse qu'il s'agit.

Pour comprendre de tels phénomènes, au point où

nous en sommes, plus n'est besoin de supposer que Berthe et Charles se méprennent sur la nature des états de conscience qu'ils traduisent de la sorte. La parole intérieure reste pour eux ce qu'elle est pour nous, mais, libérée des cadres où nous la maintenons, elle rentre en contact avec des réalités psychologiques dont ils la séparent normalement, et y gagne une signification et une portée, qui lui viennent ainsi non des modifications qu'elle subit, mais de la nouvelle expérience dans laquelle elle est insérée. Dans les cadres de notre expérience tout état de conscience énoncé en termes de perception suppose une impression sensorielle objective, dont il est l'aboutissant. Mais, que ces cadres se rompent, que la continuité se rétablisse au sein de la conscience et que la distinction de l'objectif et du subjectif perde de sa nécessité immédiate et de sa valeur prépondérante, et tout un système de perceptions données pour objectives pourra s'organiser autour d'éléments subjectifs, dont la présence deviendra signe directement valable des réalités extérieures, sans qu'il soit besoin d'aucun fantôme sensoriel pour leur servir de prétexte. Le langage dans lequel il se traduira aura donc beau paraître hallucinatoire, le processus psychique n'aura cependant rien d'une hallucination. Le retour des états de conscience à l'indistinction originelle se trahit donc, au moins en certains cas, dans les modifications morbides des perceptions qui tiennent non à une utilisation erronée de notre expérience, mais à l'instauration d'une expérience nouvelle.

Il se trahit aussi dans les remaniements plus ou moins profonds que subit, chez nos malades, le régime des concepts. Sans doute nous en avons déjà une impression assez saisissante, quand Berthe, pour l'ensemble des associations libres d'idées, constitue le cadre d'une sorte de pensée antagoniste ou quand Fernande, concluant d'une différence d'intensité à une différence de nature, renonce à assimiler ses souffrances présentes à ses souffrances passées et tend à faire de l'horrible une sorte d'espèce psychologique nouvelle



dont relèveraient ses états. Néanmoins de telles démarches mentales ne contredisent pas franchement les nôtres : le genre de la pensée antagoniste unifie un groupe d'espèces dont nous croyons avoir l'expérience, et l'espèce de l'horrible semble pour notre conscience exister au moins à l'état de variété. Avant que nous ne soyons amenés à le soupçonner par ailleurs, l'élaboration de ce genre et de cette espèce n'est donc pas de nature à nous paraître immédiatement incompatible avec les conditions normales de la pensée.

Mais il est toute une série de termes autrement caractéristiques à cet égard : ce sont ceux qui, au sens propre, se rapportent à des réalités organiques ou physiologiques et, au sens métaphorique, à des réalités psychologiques. Si nous prenons le mot cœur, par exemple, il peut signifier tantôt l'organe, tantôt l'ensemble des facultés et des sentiments moraux ; et, d'un sens s'il est passé à l'autre, c'est bien évidemment que l'expérience affective de l'humanité lui a appris qu'il existait un rapport mal défini entre les deux réalités. Mais jamais il ne nous arrive d'employer le mot dans ses deux sens à la fois ou, si par hasard la chose nous arrive, les absurdités où nous aboutissons nous font aussitôt revenir en arrière et retourner à la distinction : comme nous l'avons déjà indiqué, quand nous disons d'un homme qu'il n'a pas de cœur, nous n'entendons par là rien conclure de son état physiologique. Par quelque processus qu'elle y ait abouti, il semble donc que, pour la conscience normale appliquée à l'expression discursive de son contenu, l'équivoque uniformité de ce terme enveloppe trois concepts radicalement distincts : celui de la réalité à laquelle il répond au sens propre, celui de la réalité à laquelle il répond au sens métaphorique et enfin celui du rapport qui unit la seconde à la première. Or derrière ce terme et les termes analogues, dans la conscience morbide, se réalise une véritable symbiose de concepts, aboutissant à la constitution de notions nouvelles, qui ne supposent plus, au contraire,

semblables distinctions. La chose vaut que nous en multiplions les exemples.

Emma, dont nous connaissons les idées de possession et de persécution, dit n'avoir plus sa facilité de travail, son aisance d'autrefois. Elle est « gênée » dans ses mouvements, elle se sent « gênée » dans toute la famille Y., elle sent M<sup>me</sup> Y. à la tête et au cœur, M<sup>lle</sup> Y. à la nuque : toutes expressions qui semblent dénoncer une « gêne » physique. Mais la « gêne » date de son mariage, elle s'est trouvée « gênée » dans la famille de son mari, dont les membres manquent de franchise, avec laquelle elle ne sympathise pas : toutes expressions qui semblent traduire une « gêne » morale. Il est vrai que les parents de son mari ont voulu avoir le dessus de sa personne et que le sens qu'elle donne à ces mots est tel qu'ils nous ramènent aussitôt aux idées de possession et à la « gêne » physique. Il y a plus : quand ils sont en présence, son beau-frère est « gêné » dans sa physionomie et elle dans la sienne ; mais en même temps elle doit à son beau-frère la grippe qu'elle a eue en février 1907, elle croit sentir tourner dans son ventre la roue qu'elle l'a vu un jour mettre en mouvement, et, quand elle mange, on dirait que c'est lui qui fait remuer sa mâchoire. Son beau-frère apparaît ainsi, indistinctement, comme un agent de « gêne » physique et de « gêne » morale. Encore ici est-il possible de répartir les phénomènes en ces deux groupes. Mais quand elle dit avoir eu la tête « gênée », lorsque M<sup>me</sup> Y. l'a appelée Emma au lieu d'Emmeline, quand surtout elle parle de la « gêne » que son mari et elle éprouvent l'un devant l'autre, quand elle refuse de manger devant lui parce qu'elle est « gênée », quand elle dit qu'il est « gêné » dans ses sœurs, tenu de sa mère, plus moyen n'est à la vérité de savoir de quelle espèce de « gêne » il s'agit et, comme son mari est à la fois possédé comme elle, c'est-à-dire en proie à la « gêne » physique, et un de ses persécuteurs, c'est-à-dire agent de « gêne » morale, il faut bien admettre qu'ici les deux concepts sont véritablement entrés en continuité. Or

ce complexe psychique n'est pas un accident dans l'évolution morbide, il joue un rôle capital dans le délire, puisque seul il réalise, nous l'avons montré, l'unité réelle entre les idées de possession et celles de persécution et puisque c'est lui encore que nous retrouvons, quand Emma résume la situation en affirmant que sa maladie est fatigante et humiliante.

Écoutons maintenant Fernande passer dans ses déclarations, d'un mouvement insensible, du goût, sens de la saveur, au goût, inclination et tendance morale. Tous les aliments ont pour elle le même goût ou, plutôt, ils n'en ont aucun. Sont-ils froids ou chauds, salés ou sucrés ? Elle n'en peut rien dire ; elle ne sait pas ce qu'elle mange ; c'est tout juste si elle distinguerait du vinaigre et de l'eau ; elle n'éprouve aucune satisfaction à manger ; c'est ce qui en ôte l'envie ; elle n'a jamais faim ; elle a des aliments un dégoût qui n'en est pas un, rien ne la tente ; elle ne mange que par raison, car elle n'en a ni le goût, ni le désir ; elle s'en acquitte comme des choses que l'on fait sans but, sans rien ; tout cela vient du cœur. Ici donc encore le discours installe une troublante continuité là où nous avons pris l'habitude de concevoir entre états distincts de simples liens d'analogies.

Sans doute on nous objectera avec raison que de la gêne physique à la gêne morale, du goût, sens de la saveur, au goût, inclination et tendance morale, le passage est plus aisé et plus naturel que les distributions conceptuelles de la pensée ne le donneraient d'abord à croire : ils ont beau être, les uns sensations, les autres sentiments ; réalités affectives, ils n'en sont pas moins de même ordre de grandeur psychologique. De la sensation affective au sentiment moral il existe tous les intermédiaires et gêne morale ou goût-sentiment sont tout pénétrés des impressions cénesthésiques qui leur donnent le corps et la vie. Dans ces conditions, des esprits peu préparés aux subtilités de l'analyse psychologique sont bien excusables de commettre de semblables

erreurs et il n'est pas évident qu'il s'agisse en l'espèce d'autre chose que de maladresses et d'équivoques de langage.

Nous sommes le premier à le reconnaître et à avouer que nous semblons ici, au moins de prime abord, pécher par excès d'interprétation. Cependant chez Emma il est assez difficile de réduire à si peu de chose la symbiose conceptuelle qui sillonne, en fait, tout son délire. D'autre part, l'intelligence de Fernande, jointe à ses préoccupations hypocondriaques et morales, lui a permis d'acquérir une certaine virtuosité psychologique. Il ne semble pas, au contraire, que les mots lui manquent pour s'exprimer, car sa prolixité fait incessamment provision d'expressions et de métaphores nouvelles ; et la confusion, que nous signalons, n'en atteint pas moins chez elle, aussi bien que chez Emma, une fixité et une ampleur, qui ne se rencontrent pas dans les propos les plus saugrenus des malades les plus incultes de nos hôpitaux et qui suffiraient déjà, à elles seules, à légitimer tous nos soupçons, quand bien même toutes les constatations que nous avons faites antérieurement et celles que nous allons faire ne se trouveraient pas, comme elles font, les confirmer.

C'est qu'en effet la même continuité qui nous a déjà frappés dans certains états de la conscience morbide, entre le moi, le corps et les choses va s'exprimer de nouveau, dans le détail, par des fusions assez significatives de concepts. Déjà l'observation de Berthe montre combien il est difficile de reconnaître, quand elle parle de son cerveau et de sa tête, si c'est de l'organe et de la partie du corps qu'il s'agit ou des facultés psychiques. Chez Charles la difficulté vient à son comble : c'est quelquefois dans sa tête comme une bataille, comme si on la triturerait avec un clou, comme si on mêlait ses pensées ; il n'a plus de force dans la tête, il lui semble n'y plus rien avoir, ni idées, ni goût ; il est très affecté dans les endroits sombres, comme si on lui passait quelque chose dans la tête ; une nuit il a eu l'impression que quelque chose de noir se formait dans son cerveau, comme

si on lui coupait la vision et la netteté des choses, il a eu la sensation de tomber d'une grande clarté dans un trou noir, son cerveau, de clair et net, est devenu chaviré, mélangé, confus.

De même pour le cœur. Fernande, concluant, indifféremment, de ses troubles affectifs, à la transformation et à l'anéantissement de son cœur et de sa personnalité organique et, de ses troubles physiques, à la transformation et à l'anéantissement de son cœur et de sa personnalité morale, semble véritablement conceptualiser dans sa pensée, bien plutôt que les notions de cœur-organe et de cœur-faculté morale, le rapport concret et vivant, qui les unit dans les profondeurs de la conscience et dont la métaphore est issue. Mais surtout Berthe, dans la continuité de ses plaintes, réalise la symbiose conceptuelle avec une intensité qui nulle part ailleurs n'est atteinte et qui nous semble de nature, malgré la résistance de nos habitudes logiques, à forcer notre conviction : « Auparavant j'avais beaucoup de cœur. La moindre chose me faisait pleurer. Maintenant mon cœur est moins bon qu'avant. Il n'est plus le même, il n'a plus la force de battre. Il est affaibli. Je n'ai plus maintenant la force d'écrire. Autrefois c'était mon cœur qui me dictait. Mon écriture n'est plus comme auparavant : elle est sans volonté, sans fermeté, sans énergie. Ça ne vibre plus, ce n'est plus comme avant. Ma prononciation est comme mon écriture ».

Encore une fois, pour expliquer un tel langage, nous ne croyons pas qu'il suffise de supposer une sorte de matérialisation des métaphores, résultant chez nos malades de l'emploi continu qu'ils en font. A peine signalées ou aperçues, semblables erreurs seraient aussitôt corrigées. En fait nos malades n'y renoncent pas, malgré tout ce qu'on peut leur dire, ou, s'ils y renoncent, c'est pour y retomber à l'instant. C'est donc que ces expressions répondent à une évidence nouvelle, dont, si nous ne pouvons évoquer à notre conscience l'état mental qui la sous-tend, il nous est possible, du moins, de déterminer les conditions.



Or, si nos malades peuvent ainsi, avec une aisance insensibile aux objections, parcourir une série de notions pour nous distinctes, sans s'arrêter aux lignes de démarcation que notre expérience et notre logique ont établies entre elles, il faut bien admettre que ces lignes de démarcation ont pratiquement disparu pour eux et que, aux trois moments entre lesquels la pensée normale se distribue ici, notion de la réalité physique, notion de la réalité morale, sentiment du rapport qui les unit, s'est substituée la continuité d'une notion unique, qui mettant l'accent moins sur les choses que sur le rapport qui les rejoint, conceptualise surtout le mouvement original de la pensée se portant sans cesse de l'une à l'autre.

En tout cas il est manifeste que les lignes de séparation conceptuelle ont perdu ici beaucoup de leur netteté et ne constituent plus pour la conscience des obstacles infranchissables. Sans doute les preuves que nous en avons apportées ne sont pas très abondantes. Mais il faut en apprécier le nombre moins en lui-même, que par rapport à la difficulté où nous sommes de les saisir partout où elles se trouvent, tant nous avons de peine à accepter que le revers mental des mots qu'ils emploient ne soit pas chez tous identique et, surtout, que les cadres élémentaires de la pensée puissent jamais varier, même du sain au morbide. Dans ces conditions notre faisceau d'arguments, si mince soit-il, paraîtra peut-être suffire à mettre en suspicion chez nos malades le régime conceptuel tout entier.

D'ailleurs il n'est pas jusqu'aux principes directeurs de la constitution de l'expérience qui, chez nos malades, ne deviennent méconnaissables. La causalité morbide s'écarte graduellement de la nôtre jusqu'à se révéler nettement incompatible avec elle.

Sans doute, quand Fernande soutient que la peur a transformé sa neurasthénie curable en maladie organique incurable, quand Charles fait allusion aux pratiques de la magie

noire, quand Gabrielle rêve de luttes dantesques, où les morts, pour la venger, se mêleront aux vivants, c'est l'intensité de leurs convictions ou les circonstances dans lesquelles elles se manifestent, plus encore que leur nature, qui nous les rendent suspectes, car ils ne font que prendre à leur compte et utiliser à leurs fins des superstitions populaires subsistant à l'arrière-plan de plus d'une conscience contemporaine.

Emma attribue les maux qu'elle endure, soit aux circonstances de sa naissance, soit au chagrin que lui a causé la mort de son père, soit surtout à son mariage. Entre des causes si espacées et si disparates elle ne sent pas la nécessité de faire un choix et se comporte à leur égard comme si elles étaient en quelque manière équivalentes. Mais, si nous ne la connaissions pas pour une grande délirante, nous ne songerions peut-être pas à voir ici autre chose que l'indice révélateur d'une imprécision de pensée qui, même chez le normal, n'est pas exceptionnelle.

Enfin nous nous étonnons quelquefois de voir nos malades, soit négliger dans la constitution de leurs délires des faits qui y auraient pu tout naturellement trouver place, soit ne pas interpréter des événements dans le sens qu'étant donné leur état mental, nous étions disposés à prévoir. Ainsi le père de Fernande est mort subitement et sa mère affirme que c'est d'un anévrisme au cœur, mais elle-même n'y insiste pas. Or elle est entrée dans le délire par la phobie de la mort subite et des accidents cardiaques : il est vraiment curieux qu'elle ait ainsi laissé tout à fait de côté l'argument facile que lui fournissait l'hérédité. Charles se déprécie, se considère comme complètement inutile, est tout disposé à admettre que son mal est une punition, mais il ne sait pas de quoi il serait puni et ne s'accuse de rien précisément. Or il a été adultère, il avait donc là un admirable prétexte pour délirer en auto-accusateur : c'est, au contraire, dans ses idées de persécution que sa faute, en fait, a trouvé un emploi plus inattendu. Mais la conscience normale ne se montre pas,

non plus, toujours très habile et très avisée dans le manie-  
ment des causes.

Cette inhabileté, cette imprécision, cette complaisance pour le surnaturel ne comporteraient donc pas de conclusions bien importantes, si elles ne donnaient accès sur des systèmes d'influences mystiques, où notre causalité finit par ne plus se reconnaître.

D'abord, sous les influences dénoncées, il nous est possible, à la rigueur, de discerner le souvenir d'éléments ayant appartenu à notre expérience. La conviction où est Charles que sa maîtresse exerce sur lui, à distance, une action, dont les procédés nous sont aussi mystérieux que les effets, peut passer pour la transformation pathologique de l'ascendant qu'il a naturellement subi d'une femme aimée. Mais nous avons reconnu que les nombres avaient probablement pour Gabrielle une signification et une valeur qu'ils n'ont pas pour nous et il est incontestable qu'Emma attribue aux noms une importance et un rôle qui échappent à notre logique : non seulement il a suffi pour la troubler profondément qu'une patronne l'appelât Emma au lieu d'Emmeline, mais encore elle signale avec insistance que le nom de son mari commence comme celui de M<sup>me</sup> A.... et, de ce qu'il porte le prénom de son père, elle conclut que « du point de vue de son neveu, il est son grand-père ». Nous entrons ainsi dans le domaine des participations mystiques, dont Emma nous fournit, avec les influences de moins en moins intelligibles qu'ont exercées sur elle les gants, les robes et les corsets de ses patronnes, la rencontre d'un médecin, la vue d'un feu de cheminée, la croissance des enfants de M<sup>me</sup> A...., des exemples démonstratifs.

Mais c'est peut-être chez Gabrielle que la constitution d'une expérience mystique atteint, au moins sur un point, le développement le plus complet. Nous avons vu, en effet, qu'à sa fécondation monstrueuse un rapprochement avec son second mari a été nécessaire, rapprochement sans lequel la malédiction du premier n'aurait pu agir. La cause natu-

relle a donc été simplement le véhicule de l'influence mystique, sans laquelle elle eût été inopérante, mais qui, sans elle, n'eût pas eu sur quoi se fixer. Mais le cadre des participations mystiques définies semble lui-même offrir quelque chose de trop rigide pour que la conscience morbide puisse s'y maintenir à demeure. Le mouvement qui l'emporte entraîne la causalité plus loin encore des formes qu'elle revêt pour nous, au delà même de ce qu'elle est pour les mentalités inférieures, susceptibles du moins de représentations collectives et communicables, et c'est ainsi que Gabrielle en aboutit à ces formidables liaisons de causes et d'effets qui n'ont plus de nom pour personne : « Il m'a jeté un sort en mourant, car il a dû être maudit de sa mère qui l'avait eu à cinquante-deux ans ».

Si maintenant nous essayons de nous représenter comment la conscience morbide établit une telle distribution des concepts, une telle détermination des causes, et s'organise en opposition aussi nette avec ce qui nous apparaît comme les conditions objectives de la connaissance, faute de pouvoir, le moins du monde, concevoir cet ordre à l'image de notre ordre intellectuel, force nous est bien de faire appel à notre expérience affective, plus libre des nécessités logiques. Mais, même armés de cette expérience affective, nous sommes impuissants à réaliser à notre conscience les états d'âme singuliers dont nous avons essayé de définir, pour ainsi dire du dehors, les caractères et les conditions. C'est que, si le cœur a ses raisons que la raison ne connaît pas, encore les imagine-t-il sur le modèle de celles de la raison même. La lutte que mènent nos sentiments et nos passions contre la réalité objective est une lutte sournoise. A quelque stade de son évolution que nous considérons l'humanité, toujours la vie affective de l'individu normal se trouve insérée dans un système de représentations du monde, entre lesquelles elle louvoie, sans prétendre ouvertement à s'en affranchir. Aussi, malgré nos hypocrites infractions à la logique, nous effarons-nous de l'état de révolte ouverte dans

lequel vit la conscience morbide. Elle n'a donc de commun avec notre expérience affective qu'un caractère négatif, qui permet d'abord de les rapprocher, mais dont l'importance le cède bientôt, à l'examen, à celle de leurs caractères différentiels.

---



## IX

### L'ANXIÉTÉ MORBIDE

Les caractères que présentent chez nos malades les réactions motrices, affectivo-motrices et intellectuelles nous conduisent donc à admettre pour la conscience morbide une sorte de noyau affectif. De fait, c'est leur anxiété qui s'est trouvée frapper le plus tous les observateurs : Adrienne et Berthe font de la psychose d'angoisse, Charles de la mélancolie anxieuse, Dorothée se débat dans l'inquiétude de sa manière de vivre, Emma s'exaspère dans une agitation hostile et angoissée, Fernande s'abîme dans les plaintes et les récriminations désespérées, Gabrielle demeure des mois au paroxysme de l'anxiété. Ces bouleversements affectifs semblent bien évidemment conditionner le reste du tableau morbide et, de ce point de vue, nous sommes amenés à donner raison aux théories affectives.

Mais nous considérons que cette anxiété n'est pas comparable à la nôtre et que, d'une manière générale, l'affectivité morbide offre par rapport à l'affectivité normale des différences essentielles.

Des réactions motrices et affectivo-motrices, il n'est pas possible, à cet égard, de rien conclure de bien précis. Ce sont manifestations telles qu'elles ne semblent pas, au moins au premier abord, changer de nature en passant du sain au morbide : un mouvement reste toujours un mouvement, une sécrétion, une sécrétion. Cependant elles offrent chez nos malades une intensité dont nous n'avons guère l'expérience, et constituent souvent des ensembles déconcertants. Le paradoxe moteur, le délire émotif, que nous avons signa-

lés chez Adrienne, nous sont choses bien difficilement imaginables. Derrière ce débordement affectivo-moteur nous nous étonnons de ne pas découvrir un jeu de représentations capable de le justifier à nos yeux et de nous permettre de le revivre. D'autres fois notre pensée hésite à suivre la conscience morbide sur la route, sinueuse et coupée de précipices, qui la conduit de l'émotion à la représentation et à l'acte. Mais de la seule considération des réactions motrices et affectivo-motrices il n'est guère possible de tirer plus que des soupçons.

Il n'en est heureusement pas de même des réactions proprement mentales. Comment d'abord l'existence même du paradoxe affectif, de cet inextricable mélange d'anxiété et d'insensibilité morale, de souffrance physique et d'anesthésie, ne nous entraînerait-elle pas à admettre que les états affectifs qu'elle suppose sont irréductibles à l'expérience que les malades ont antérieurement faites des émotions et des sentiments, tels que l'humanité les a conceptualisés, puisqu'il n'arrivent pas à se fixer sur leur nature et à leur donner un nom et qu'ils ne parviennent à s'en former une représentation inadéquate qu'en faisant successivement appel à des hypothèses contradictoires ? Un état alternativement connoté sous la notion de douloureux et sous celle d'insensible est sans doute encore affectif, mais n'appartient plus à notre expérience affective commune.

Si, d'autre part, l'affectivité morbide pouvait s'affronter exactement aux modes affectifs de notre expérience, il serait assez difficile de comprendre l'insistance que mettent certains malades à dénoncer le caractère inouï de ce qu'ils éprouvent. Or il est bien évident, à les entendre, que, dans les cadres d'une familière sécurité que leur expérience même subjective s'est construits, les réalités psychologiques nouvelles, en présence desquelles ils se trouvent, sont impuissantes à se distribuer. Jamais, selon Fernande, on n'a vu maladie parcellaire, elle ne sait comment rendre compte d'un état dans lequel elle ne croyait pas qu'on pût jamais tomber.

Charles vit dans un monde nouveau, inattendu, méconnaissable : tout à ses yeux est drôle, bizarre, changé d'inexprimable façon. « Aucun docteur ne connaît ma maladie, déclare Berthe. Je ne sais pas comment j'existe. Il n'y en a pas deux comme moi. Je suis un cas unique, un mystère ». Dorothee, obsédée par l'obscurité de sa manière de vivre, assiste à un changement incompréhensible pour elle et pour tout le monde : « C'est par le fait mystère ».

La constatation de cet angoissant mystère nous semble extrêmement significative. Si elle suppose l'entrée en jeu de l'activité intellectuelle, elle en souligne en même temps l'échec, puisqu'elle manifeste que les états mentaux, qui la nécessitent, contredisent toute l'expérience antérieure et échappent, par conséquent, à toute dénomination. Inintelligibles, extra-logiques, ineffables, nous sommes réduits à les considérer comme de l'ordre des sentiments. Mais les états affectifs normaux sont susceptibles de recevoir des noms et de se conceptualiser. Il faut donc bien qu'entre eux et les états que, faute de mieux, nous leur apparentons, il y ait quelque différence fondamentale.

Et peu importe pour notre thèse que le mystère ne reste pas ineffable, s'il est bien tel à l'origine et si, à travers toutes les explications qu'il engendre, il garde quelque chose de son premier caractère. La pensée humaine répugne naturellement à s'immobiliser dans l'ineffable et nous avons déjà montré comment elle se comporte envers le mystère de la conscience morbide, s'efforçant d'en obtenir une sorte de dégradation discursive et de lui substituer un système d'équivalents conceptuels. Ainsi elle s'épanouit en interprétations délirantes.

Mais il arrive que les explications qu'elle s'en donne ne parviennent pas à lui dissimuler le mystère comme tel. Les idées de négation et de transformation qu'entre autres conceptions délirantes dénoncent Berthe, Charles, Dorothee et Fernande, si fermement qu'ils s'y tiennent, ne semblent pas leur être d'un grand secours pour justifier leur état,

puisqu'en fin de compte ils reconnaissent qu'il demeure incompréhensible. Le mystère subsiste donc à la conscience concurremment à ses interprétations, quand il ne se trouve pas leur survivre, comme chez Dorothée, qui, aussi inquiète qu'auparavant de sa manière de vivre, déclare avoir été poussée à nier son corps, à réclamer qu'on l'enterrât, à refuser sa chemise par le mystère contre lequel elle n'a jamais cessé de se débattre. Malgré les efforts des malades le noyau morbide a donc bien gardé beaucoup ici de sa primitive résistance à la conceptualisation.

Mais il arrive aussi que l'impression de mystère disparaisse, pour ainsi dire, sous les constructions délirantes, dont elle a fourni l'occasion. Cependant ce n'est pas à dire qu'elle n'ait jamais existé : la phase d'inquiétude et d'étrangeté signalée par tous les auteurs au début des délires systématisés est la preuve du contraire. Ce n'est pas à dire, non plus, qu'il ne soit pas possible d'en retrouver quelques traces, mais l'élaboration qu'elle a subie est alors beaucoup trop profonde pour qu'elle ait conservé grand chose de sa pureté originelle. Quand Gabrielle parle de sa grossesse surnaturelle et immatérielle, des horreurs épouvantables et invisibles qu'elle porte dans son sein, n'est-il pas permis de conjecturer que le sentiment initial d'étrangeté ineffable s'est fixé sur les éléments du délire en monstruosité mélodramatique ? De même, quand Emma résume sa situation en la qualifiant de fatigante et humiliante, est-il, après ce que nous avons vu, interdit de considérer que le même état affectif initial, à fin de course délirante, grâce au développement conceptuel qu'il a reçu, s'est intellectualisé en émotions susceptibles d'être nommées ? Ce ne serait donc que secondairement et transposée dans le ton des délires que l'impression primitive de mystère, lourde d'anxiété innommée, deviendrait à peu près assimilable à nos états affectifs.

Si nous nous souvenons enfin de ce que nous avons constaté des réactions intellectuelles et de la manière dont il faut envisager l'appel que nous faisons, pour nous les ima-

giner, à notre expérience affective, il semble bien permis de conclure que l'anxiété morbide n'est pas l'anxiété normale et que, par conséquent, en ramenant la conscience morbide à son noyau affectif, nous n'avons fait que poser le dernier terme du problème, mais que nous ne l'avons nullement résolu.

La solution, nous ne la chercherons ni dans la physiologie, ni dans l'anatomie pathologique : d'abord, parce qu'actuellement elles sont incapables de nous la fournir. Il est évident qu'aux états psychiques que nous venons de décrire certains états physiologiques doivent correspondre. Mais c'est, pour le moment, tout ce qu'on peut en dire. Quand chez nos malades l'état somatique n'est pas satisfaisant, il est impossible d'en déterminer précisément le rapport avec les troubles mentaux considérés : la banalité et l'inconstance des lésions, quand elles existent, interdisent de les élever à la dignité de causes nécessaires et suffisantes.

Mais, surtout, nous procédons ici à une recherche psychologique et toutes les physiologies du monde ne nous en apporteraient pas la solution. Quand bien même seraient connues les modifications organiques qui entraînent de telles modifications morbides des processus mentaux, resterait à savoir comment ces modifications s'opèrent au sein même de la conscience : la psychologie est seule à pouvoir nous l'apprendre. « Pour les sens et l'imagination, dit Taine<sup>1</sup>, la sensation, la perception, bref la pensée, n'est qu'une vibration des cellules cérébrales, une danse de molécules ; mais la pensée n'est telle que pour les sens et l'imagination ; en elle-même elle est autre chose, elle ne se définit que par ses éléments propres, et, si elle revêt l'apparence physiologique, c'est qu'on la traduit dans une langue étrangère, où, forcément, elle revêt un caractère qui n'est pas le sien ».

---

1. *Les Vibrations Cérébrales et la Pensée*, *Revue Philosophique*, 1877, I, p. 9.



## TROISIÈME PARTIE

### LA CONSCIENCE MORBIDE

De la longue analyse à laquelle nous venons de procéder, résulte que la conscience morbide présente des caractères *sui generis*, qu'elle est une réalité psychologique originale, irréductible à celle dont nous avons l'expérience, et que nous ne pouvons, par conséquent, songer à la reconstituer en partant de la conscience normale, de ses états et de ses démarches. Pour qu'elle ait ces caractères *sui generis*, il faut en effet qu'il existe entre elle et la conscience normale une différence, dont les malades sont incapables de nous rendre compte, puisque leur conduite et leur langage nous sont en grande partie inintelligibles, et sur laquelle notre propre expérience ne nous apporte, bien entendu, aucun renseignement direct. Or c'est en cette différence fondamentale de la conscience morbide à la conscience normale que se trouve précisément le nœud du problème.

La difficulté est grande. Elle n'est pas, heureusement pour nous, unique en son genre dans la science. C'est à une difficulté toute semblable que M. Lévy-Bruhl s'est heurté en étudiant les fonctions mentales dans les sociétés inférieures. Il lui est apparu, en effet, que, par aucun effort arbitraire de notre logique et de notre expérience, il n'était possible de rendre compte des perceptions, des idées, des jugements, des états affectifs, des actes des primitifs, et qu'il ne pouvait être question de les repenser à leur manière et de les raisonner à la nôtre, mais uniquement de déterminer par leur étude objective les conditions et les causes de leur relative inintelligibilité.

Des états mentaux irréductibles aux nôtres et de la nature desquels notre propre conscience est impuissante à nous informer, se rencontrent donc ailleurs que chez nos malades.

Cette constatation a beaucoup contribué à fixer notre attention sur les caractères *sui generis* de la pensée morbide, qui nous en ferment l'accès et à l'étude desquels nous nous étions déjà antérieurement attaché<sup>1</sup>. Sans doute, en un sens, de la conscience normale à la conscience morbide il y a continuité dans l'expérience, comme il y a continuité dans l'histoire de la mentalité primitive à la nôtre. Mais cette continuité, dans les deux cas, ne peut devenir utilement l'objet de notre étude avant que nous soient pleinement connus les termes extrêmes qu'elle relie, et c'est ainsi que M. Lévy-Bruhl a été amené à marquer fortement, avant toute autre recherche, les caractères essentiels qui distinguent la pensée mystique et prélogique des sociétés inférieures de la pensée logique et conceptuelle qui en est cependant issue. De même, avant d'étudier les cas où normal et pathologique semblent à la rigueur pouvoir s'éclairer et s'interpréter l'un par l'autre, nous nous sommes efforcé de saisir, en des observations où elles paraissaient éclatantes, les différences fondamentales qui séparent la conscience morbide de la conscience normale.

Si donc le problème de la conscience morbide se pose à nous sous la forme que nous avons vue, c'est que, à l'exemple de M. Lévy-Bruhl, se refusant à considérer comme un postulat indubitable que l'homme soit toujours en tout et

1. Voir *Débilité mentale et Délire d'interprétation* (en collaboration avec G. Dénv), *Encéphale*, 1909, II, p. 473. — Cinq de nos présentes observations sur sept ont, d'autre part, été prises, en totalité ou en majeure partie, antérieurement à la publication des *Fonctions Mentales dans les Sociétés Inférieures*, ce qui en garantit l'objectivité contre d'inconscientes préventions. Peut-être aussi n'est-il pas inutile de rappeler que, dès la fin de 1910, en rendant compte du livre de M. Lévy-Bruhl, dans le *Journal de Psychologie*, nous tracions à la psychopathologie le programme que nous réalisons aujourd'hui en partie avec, dans le détail, les modifications que ne pouvait manquer d'entraîner une recherche plus approfondie.

partout semblable à lui-même, puisque, à travers les âges, ses manières de penser et d'agir ont varié au point de ne plus sembler relever exactement de la même logique et de la même expérience, nous n'avons pas voulu nous satisfaire d'analogies et de rapprochements partiels établis entre la conscience normale et la conscience morbide, du moment que, par quelque point, ces analogies et ces rapprochements laissent toujours à désirer et que, à les admettre, nous ne pouvions ainsi gagner que de supprimer le problème, ce qui n'est pas évidemment le résoudre.

Le travail de M. Lévy-Bruhl ne nous a pas seulement aidé à poser le problème de la conscience morbide, mais encore à déterminer le sens dans lequel en devait être cherchée la solution. Jusqu'ici, en psychopathologie, conscience normale et conscience morbide ont été considérées comme de même nature et, pourrait-on dire, de même ordre de grandeur. De tout ce que nous a appris dans son domaine la sociologie contemporaine il est permis d'inférer que cette manière de voir n'est aucunement légitime. La notion des représentations collectives, si féconde dans l'étude des phénomènes sociaux, n'est pas moins riche de conséquences psychologiques.

Les textes mêmes de MM. Durkheim et Lévy-Bruhl nous invitent à renouveler de ce point de vue notre conception de la conscience normale. Des représentations « communes aux membres d'un groupe social donné », qui « s'y transmettent de génération à génération », qui « s'y imposent aux individus » et qui « éveillent chez eux, selon les cas, des sentiments de respect, de crainte, d'adoration, etc., pour leurs objets », « ne dépendent pas de l'individu pour exister ». Il faut donc renoncer à en expliquer l'origine et les caractères « par la seule considération des individus comme tels <sup>1</sup> ». Or il est bien peu d'états de conscience, s'il en existe, qui soient purs de tout élément collectif et pro-

1. Lévy-Bruhl, *Les Fonctions Mentales dans les Sociétés Inférieures*, p. 4 (Paris, F. Alcan).

prement psychologiques. « Nous ne rencontrons jamais que des esprits socialisés <sup>1</sup>. » « Quoi de plus individuel, en apparence, que la perception sensible ? Nous avons reconnu, cependant, à quel point la perception sensible des primitifs était enveloppée d'éléments mystiques qui ne peuvent s'en distinguer, et qui sont, à n'en pas douter, de nature collective. Il en est de même pour la plupart des émotions éprouvées, pour la plupart des mouvements accomplis presque instinctivement, à la vue de tel ou tel objet, même banal. Dans ces sociétés, autant et plus peut-être que dans la nôtre, toute la vie mentale de l'individu est profondément *socialisée* <sup>2</sup>. » Et M. Durkheim après avoir parlé d'« états individuels » pouvant s'expliquer « tout entiers par la nature psychique de l'individu », « du moins, dans la mesure où il y a des représentations individuelles », ajoute en note : « Mais en fait, il n'y en a vraisemblablement pas où ces deux sortes d'éléments (éléments empiriques, c'est-à-dire individuels, et catégories, c'est-à-dire éléments collectifs) ne se rencontrent étroitement unis <sup>3</sup> ».

Par conséquent la conscience normale, à laquelle s'oppose la conscience morbide, est une conscience socialisée, et ses états, pour individuels qu'ils lui apparaissent, sont tout pénétrés d'éléments collectifs dont elle méconnaît la présence. Ses manières de sentir, de penser et d'agir, où elle croit se révéler tout entière, lui viennent, pour une indéterminable part, du milieu social dont elle fait partie.

Dans ces conditions la sociologie, comparant entre eux les différents systèmes de représentations collectives qu'a connus l'humanité, se trouve confronter des réalités de même ordre. Mais il n'en est plus de même en psychopathologie de la conscience morbide et de la conscience normale. La

1. *Id.*, p. 14.

2. *Id.*, p. 112.

3. *Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse*, p. 21-22. (Paris, F. Alcan.)

conscience morbide n'est évidemment pas une conscience normale contemporaine; et elle ne répond, non plus, contrairement à ce qu'a pensé Lombroso, à aucune conscience normale antérieure. D'une part, en effet, tout système de représentations collectives, à quelque passé reculé que nous nous adressions, a eu ses réfractaires; d'autre part, nous avons vu la conscience morbide impuissante à réaliser cette rigidité conceptuelle et cette stabilité pratique, sans lesquelles il n'est pas de mentalité collective. Tandis, donc, que la conscience normale est éminemment et profondément socialisée, la conscience morbide, pour autant qu'elle le soit, se trouve l'être au minimum. Par conséquent la différence de la seconde à la première doit tenir à ce qui permet à l'une de se socialiser et l'interdit au contraire à l'autre.

Or c'est par ses réactions motrices, affectives et verbales que la conscience normale nous apparaît normale, tout comme ce sont ses réactions verbales, affectives et motrices qui nous ont fait reconnaître les caractères *sui generis* de la conscience morbide. En étudiant donc ce que sont pour la conscience normale ses réactions motrices, affectives et discursives et à quelles conditions elle doit satisfaire pour être en mesure de les utiliser, peut-être parviendrons-nous à déterminer la nature de la différence dont nous venons de présumer l'effet. Bien entendu, en ce qui concerne le langage, nous en traiterons ici en psychologue et non en linguiste et nous nous préoccupons essentiellement de ce qu'il devient, les langues une fois constituées et fixées, pour les consciences qui l'utilisent.

---



**LE LANGAGE, LES RÉACTIONS AFFECTIVES  
ET MOTRICES  
ET LA CONSCIENCE NORMALE**

La gaieté populaire s'excite volontiers à entendre des étrangers parler leur langue et à constater qu'ils ne comprennent pas celle du pays où ils se trouvent. Pour ridicule qu'elle soit en elle-même, cette gaieté a ses raisons profondes. Pourquoi un vice de prononciation est-il comique et d'autant plus comique que celui qui parle traite de plus graves sujets? C'est que l'attention est distraite de la pensée par son signe, qui, en accusant cette fois une résistance, l'avertit de la matérielle rigidité des moyens par lesquels les hommes communiquent : l'esprit attend, veut des idées, et il ne peut absolument oublier qu'il a affaire à des sons. De ce point de vue une langue qu'on ne comprend pas est un vice de prononciation amplifié, ne conservant d'un langage que les accessoires, rythme et sonorités, aux bizarreries desquels la conscience, vide du sens qu'ils devraient suggérer, se donne alors tout entière.

Ainsi le mot est senti comme un miroir si transparent que normalement la présence n'en est pas perçue entre l'objet qu'il reflète et l'image qu'il en fournit. Quand cette transparence s'altère, le ridicule commence, il est à son comble, si elle fait place à l'opacité. Il y a plus : à se volatiliser de la sorte en l'idée qu'il évoque, le mot se fond spontanément avec elle, il ne paraît pas possible sans elle, ni elle non plus sans lui. Avant toute réflexion les mots qui expriment une pensée sont cette pensée même, puisque

c'est ainsi qu'elle se parle à la conscience et qu'elle ne serait pas autrement.

D'où il résulte qu'un étranger dont on n'est pas compris fait l'effet d'être la victime, soit de l'infirmité de ses sens et on résiste mal à la tentation de lui parler plus haut, soit de celle de son intelligence, et on incline à lui parler plus lentement en simplifiant son vocabulaire et sa syntaxe. Et on peut juger aussi qu'il plaisante, quand il ne comprend pas, comme il semble qu'il le fasse, quand il tient d'incompréhensibles propos. Comme intelligibilité des paroles et intelligibilité de la pensée ne font qu'un, il semble en effet qu'elles se commandent l'une l'autre et que celui que l'on ne comprend pas fait exprès de n'être pas compris : tels les enfants qui jouent à émettre des suites de sons dépourvus de sens. Ainsi le populaire, en se gaussant de l'étranger et de sa langue, traduit à sa façon la manière dont les rapports de la parole et de la pensée se réalisent au regard de la conscience commune.

C'est qu'en effet à nos yeux les mots se dépouillent de leurs caractères sensibles pour s'identifier aux idées. Que, suivant la perfection de notre automatisme, la pensée précède la parole ou la parole la pensée, cette double démarche est, pour ainsi dire, instantanée : c'est notre pensée même qui nous semble jaillir au dehors avec les mots qui l'expriment. De même nous franchissons les paroles d'autrui pour courir sus aux états d'âme que nous savons être derrière. Une conversation est échange d'idées et non pas de mots.

Il n'en est pas autrement de notre langage intérieur. Que nous soyons moteurs, visuels ou auditifs, à supposer que ces distinctions répondent à de bien évidentes réalités, il nous faut les avertissements des psychologues pour nous rendre compte que ce n'est pas notre pensée pure et nue, mais des mots que nous prononçons, lisons ou entendons ainsi dans l'intimité de la conscience. La différence que nous mettons entre un son et un mot démontre que si le langage est une matérialisation des idées, cette matériali-

sation est si fugitive qu'elle passe inaperçue et se donne pour l'immatérialité même de la pensée.

Or toute langue faite apporte avec soi son système de concepts, sa constitution, sa logique. Tous les articles dont elle se compose ont leurs compatibilités et leurs incompatibilités définies, obéissent à des règles, se hiérarchisent suivant des lois, réalisent enfin un ensemble organisé. Mais, du moins au premier abord, comme ce que nous venons de dire en est la preuve, toute cette constitution verbale ne se distingue nullement de la constitution même de la pensée. Il semble à la conscience commune qu'à chacun des termes de la langue réponde un élément mental, d'une permanence et d'une spécificité équivalentes, et que les combinaisons de termes que sont les propositions et les phrases reproduisent exactement le détail des combinaisons que la pensée réalise entre les éléments mentaux.

D'un tel point de vue, pensée, parole intérieure et langage forment un tout continu où la manière dont la pensée est s'identifie à la manière dont elle s'exprime : l'avvers de la médaille frappé au coin de la parole répond, point par point et ligne par ligne, à son revers frappé au coin de la pensée. Ainsi le langage n'ajouterait rien et ne retrancherait rien à la pensée individuelle, dont il épouserait tous les contours, adopterait, sans y rien changer, la constitution et les lois; il y aurait, entre eux, un parallélisme si naturel et si nécessaire que l'organisation de l'un nous donnerait la clef de l'organisation de l'autre et que l'analyse du discours nous ouvrirait, toutes grandes, les portes du psychisme individuel.

Mais ce point de vue, qui demeure toujours plus ou moins le nôtre dans la pratique, ne résiste pas à l'examen. Pour qu'il se trouvât vrai, il faudrait que les langues, vivantes ou mortes, se correspondissent mot pour mot et décomposassent toutes la pensée suivant le même système.

Or, d'une part, tout nous interdit de supposer entre la constitution logique des différentes langues une pareille

identité. En admettant même que M. Bréal se soit trop avancé en affirmant qu'il y eut un moment de l'évolution des idiomes indo-européens où substantif et adjectif n'étaient point distingués, où ces « deux catégories... essentielles aux yeux des logiciens <sup>1</sup> » étaient absentes de la langue et, par conséquent, ne s'imposaient pas clairement à la conscience, les caractères, par exemple, de la numération primitive où, comme M. Lévy-Bruhl l'a montré, le nombre ne s'abstrait pas des objets nombrés à l'état de quantité pure, mais demeure une sorte de qualité inhérente aux objets <sup>2</sup>, prouvent que, n'y ayant pas d'organisation logique unique des langues, il n'en est pas non plus de la pensée qu'elles expriment, susceptible qu'elle est de se plier à des modes d'objectivation tellement dissemblables. Notre système de déploiement discursif déchoit ainsi, de l'universalité qu'il ne peut faire autrement que de s'arroger, au rang plus modeste et plus vrai de simple cas particulier. Une langue donnée, avec la hiérarchie et la constitution conceptuelles dont elle est grosse, apparaît donc comme une sorte de spécialisation et de spécification historiques de la pensée, variable avec les peuples, les temps et les lieux. Or il ne se peut pas, notre organisation physiologique nous interdit de le supposer, que le psychisme purement individuel ait au cours du temps participé aux mêmes variations. Il faut donc qu'il offre, primitivement et antérieurement à sa transposition verbale, une certaine indétermination et une certaine souplesse pour s'être prêté, comme il a fait, aux modes successifs d'organisation et d'expression qui se sont imposés à lui.

D'autre part, même entre des langues contemporaines, comme l'allemand, l'anglais et le français modernes, malgré l'identité pratique des civilisations correspondantes, des différences significatives sautent aux yeux, démontrant

1. Bréal, *Mélanges de Mythologie et de Linguistique*, 1877, p. 347.

2. *Les Fonctions Mentales dans les Sociétés Inférieures*, p. 204-261.

que, de la pensée, il n'est pas une seule et unique répartition verbale. Il faut donc bien admettre que le vocabulaire d'aucune langue ne répond à une distribution primitive de la pensée, à moins de supposer qu'avant toute intervention de l'expression discursive, dans l'intimité des consciences individuelles, les éléments psychiques ne s'isolent et ne se groupent autrement pour des mentalités allemandes ou anglaises et pour des mentalités françaises. Par conséquent il nous faut renoncer à l'idée qu'au sein de la conscience individuelle, aux moments dont le langage semble indiquer l'existence, répondent des moments irréductibles de la pensée.

La considération de la manière dont le langage s'acquiert rendra la chose plus évidente encore. « Nous parlons une langue que nous n'avons pas faite, dit M. Durkheim<sup>1</sup>. » La langue que nous parlons n'est en effet en rien notre œuvre : elle nous est venue du dehors, nous l'avons subie, elle s'est imposée, avec tous ses raffinements conceptuels, à l'amorphe débilité de notre mentalité infantine. Quel miracle ne serait-ce pas si, dans les consciences embryonnaires de la génération qui grandit, l'expérience des générations antérieures, telle que la langue l'a fixée, se trouvait préformée et préétablie en éléments discrets, prêts à se détacher sous les mots qui viendraient exactement les recouvrir ! Non seulement un tel miracle est difficilement concevable, mais nous avons encore la preuve que c'est le miracle inverse qui se réalise, puisque le langage exerce sur la pensée une action transformatrice assez énergique pour y introduire des éléments, dont l'expérience est à jamais refusée à la conscience. Ainsi la sourde-muette aveugle Hellen Keller<sup>2</sup> décrit, dans l'histoire de sa vie, des paysages de neige, des épisodes de chasse, des aboiements de chiens, des piaffements de chevaux, avouant qu'elle ne peut « toujours faire

1. *Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse*, p. 303.

2. *Histoire de ma vie. Sourde, muette, aveugle*. Trad. française, 1904, p. 64 et 68.



la démarcation entre les idées qui lui appartiennent en propre et celles qui lui viennent de ses lectures » et que « ce qu'elle a lu a fini par devenir la substance même et, si elle peut dire, la contexture de son esprit<sup>1</sup> ». De ce que la forme va ici jusqu'à se créer sa matière, on peut juger qu'ailleurs, lorsque toute matière n'est pas absente, la forme se fait un jeu de la mouler à sa guise, puisque, si elle ne s'y prêtait pas, sous la baguette magique du verbe l'idée surgirait du néant. Ainsi se dégage l'impression d'une contrainte toute-puissante, exercée par le langage et sa constitution conceptuelle sur la pensée qu'il vient exprimer, pour faire passer à l'acte une virtualité, qu'un autre langage et une autre constitution conceptuelle eussent pu également mettre en œuvre<sup>2</sup>.

Enfin, pour que le même terme puisse convenir à l'expression d'états psychiques relevant de consciences différentes, ces états psychiques ne pouvant évidemment d'une conscience à l'autre être absolument identiques, il faut que, sous la poussée des mots, quelque chose s'élimine des états qu'ils prétendent exprimer. Cette action éliminatrice, condition même de la communication entre les hommes, devient de plus en plus évidente au fur et à mesure que, pénétrant dans les profondeurs de la conscience, nous passons du domaine de la représentation extérieure à celui des sentiments intimes. « Le mot aux contours bien arrêtés, le mot brutal, qui

1. *Id.*, p. 86. Sans doute fait-elle allusion ici aux réminiscences littéraires signalées dans ses œuvres. Mais il y a plus ; car il importe de remarquer que, sur des points essentiels, ses lectures ne complètent pas ses expériences, comme il arrive pour nous, mais les constituent tout entières.

2. Cf. Lévy-Bruhl, *La Morale et la Science des Mœurs*, p. 79, (Paris, F. Alcan). « Nous avons, dès l'âge le plus tendre, l'usage d'une langue très abstraite et très différenciée... Nous sommes donc façonnés, uniformément, à des habitudes mentales, à des formes d'imagination, à des associations et dissociations d'idées, à des catégories de raisonnement qui sont inséparables de ce langage. Nous devenons ainsi à peu près incapables, quelque effort que nous fassions, de reconstituer les états mentaux ordinaires des hommes qui n'ont point ces mêmes habitudes linguistiques et logiques. Cependant, selon toute apparence, elles sont récentes. »

emmagasine ce qu'il y a de stable, de commun et par conséquent d'impersonnel dans les impressions de l'humanité, écrase ou tout au moins recouvre les impressions délicates et fugitives de notre conscience individuelle <sup>1</sup> ». Et sans doute il se peut que cette action éliminatrice soit largement compensée, au point de vue intellectuel et pratique, par les apports que le langage constitue à la pensée individuelle, en substituant, comme le veut M. Durkheim, à l'incessante fluidité des représentations sensibles l'universalisable fixité des concepts. Mais si le langage exprime « la manière dont la société dans son ensemble se représente les objets de l'expérience <sup>2</sup> », si la conversation est un échange de concepts et non de sensations, si le concept est une représentation essentiellement impersonnelle et si « penser conceptuellement », c'est-à-dire pratiquement en mots, « c'est subsumer le variable sous le permanent, l'individuel sous le social <sup>3</sup> », du point de vue de la conscience purement individuelle cette subsomption, cette impersonnalisation, si nous voulons comprendre comment elles s'opèrent, supposent précisément l'action éliminatrice que nous venons de signaler.

Ainsi ce n'est pas seulement en tant qu'elle est humaine et commune à toutes les générations, mais encore en tant qu'elle est personnelle et individuelle, que la pensée subit la contrainte du langage. Non seulement le système des concepts varie d'une civilisation à l'autre et entraîne dans l'organisation de la pensée des variations correspondantes, mais encore chaque conscience particulière ne s'y adapte, à chaque moment, qu'en perdant quelque chose de ce qui fait qu'aucun de ses états ne sera jamais deux fois.

Donc le système verbal dans lequel nous sommes habitués à nous parler notre pensée et que nous inclinons à lui

1. Bergson. *Essai sur les Données Immédiates de la Conscience*, p. 99.

2. Durkheim, *loco citato*, p. 620.

3. *Id.*, p. 627.

identifier, ne reproduit pas, en réalité, l'ordre et la composition de la pensée pure, dont il n'est pas l'unique mode d'expression, et tout système verbal, en s'appliquant à un état de conscience individuel, du fait qu'il est destiné à le rendre communicable, en élimine l'indéterminable part qui en constitue précisément l'individualité.

La considération des autres procédés que notre activité mentale utilise pour s'objectiver nous amènera à des conclusions analogues. Outre la parole elle dispose à cet effet de toute une gamme de réactions motrices et vaso-motrices, qui constitue la mimique, et dont font partie, autant et plus que du langage, ces sortes de gestes vocaux que sont les interjections. Sans doute, surtout sous sa forme vaso-motrice, par la part qu'y prend la réflexivité, la mimique a quelque chose d'irréductiblement physiologique et de primitivement individuel. Mais, pour autant que le cri poussé, le geste exécuté, les larmes versées ne sont plus de simples conséquences de la douleur, par exemple, mais font partie de ses moyens d'expression, la mimique, devenue langage, participe des caractères du langage. Pour l'expression motrice et vaso-motrice de nos états d'âme nous sommes sourdement préoccupés de trouver la note juste, de réaliser la mimique, réglée et délinée par les usages et les convenances, correspondant à l'émotion-étalon à laquelle notre propre émotion se réfère. De ce point de vue la mimique semble avoir, pour ainsi dire, reçu de la collectivité sa morphologie et sa syntaxe.

Peut-être donc, par analogie avec la pensée et ses concepts discursifs, sommes-nous en droit de faire intervenir, à propos de l'activité humaine, la considération de « concepts moteurs ». A la particularité, à la variabilité des réactions motrices individuelles possibles s'oppose, en effet, comme le concept à la sensation, la fixité et l'universalité relatives des réactions effectivement triées et utilisées. Et cette remarque ne vaut pas seulement pour notre mimique, elle

vaut également pour nos mouvements automatiques, notre démarche et notre écriture, par exemple, relevant de types préfixés, et pour notre activité professionnelle, la société lui ouvrant des débouchés limités quant au nombre et définis quant à l'extension.

Sans doute ces concepts moteurs n'ont ni la rigidité ni l'unité d'expression des concepts proprement dits. Cependant il ne faudrait pas exagérer l'amplitude de leurs oscillations. Le fait qu'ils ne pèsent pas plus sur nos consciences que l'atmosphère sur nos épaules, ne prouve ni qu'ils n'existent pas, ni même que leur souplesse se prête à toutes les fantaisies individuelles. En réalité, si nous voulons que notre conduite soit appréciée et comprise, il ne nous faut prendre avec eux que de bien modestes libertés, de même que, si nous voulons nous faire entendre, il nous faut respecter dans leur ensemble le régime conceptuel et la langue du pays où nous vivons.

A y bien réfléchir, il n'est pas une seule de nos manifestations motrices, qui ne soit ainsi plus ou moins étroitement définie et en regard de laquelle il n'existe un modèle collectif, c'est-à-dire un concept moteur, auquel elle a à se conformer ; et de ce que, le plus souvent, c'est spontanément qu'elle s'y conforme, il ne faudrait pas conclure qu'elle eût été telle, même si le modèle n'avait pas existé. Nous subissons ici la même illusion que lorsque nous croyons, dans le concept qui l'impersonnalise, fixer les particularités originales de notre pensée. Ainsi l'état de la civilisation au sein de laquelle nous vivons, notre position sociale, notre éducation règlent et déterminent, beaucoup plus que notre individualité propre, l'ensemble de nos comportements. A laisser notre réflexivité et notre spontanéité y prendre une part trop active, à nous écarter sensiblement du régime affectivo-moteur établi par la collectivité, nous risquons de passer pour un bohème, un malappris, un indifférent ou un exalté, quand ce n'est pas pour un excentrique et pour un fou.

Le travail d'impersonnalisation que, sous l'influence du

langage, effectuée au sein de la conscience l'organisation conceptuelle de la pensée, se poursuit donc, du fait des concepts moteurs que nous venons de définir, jusque dans les manifestations affectivo-motrices et motrices qui, soumises à des conditions que l'individu ne s'est pas imposées lui-même, codifiées et homologuées suivant la manière dont la collectivité se représente pratiquement l'intensité de l'émotion à ressentir et l'orientation de la conduite à suivre, se trouvent naturellement élaguer, chez l'adulte normal, tout ce que l'élan affectif et moteur a d'irréductiblement et de scandaleusement individuel. Ainsi nous constatons encore une élimination quand l'activité mentale s'adapte à la vie sociale où elle a à s'émouvoir et à agir aussi bien qu'à penser <sup>1</sup>.

Or, sous la double influence du langage et de la réglementation affectivo-motrice collective, il est intéressant à la fois et caractéristique de voir ce que devient l'émotion, de tous les états psychiques assurément le plus individuel.

Sans doute, au moment où elle naît et durant même qu'elle déroule toutes ses conséquences, malgré l'excentricité de son développement, nous sentons et nous éprouvons qu'elle a pour noyau une certaine adhérence, à peu près inexprimable, de notre vie morale et de notre vie organique. Mais, sitôt que nous commençons à la penser, tout l'effort dialectique de notre conscience réfléchie va à la distribuer en représentations de ses causes, de son intensité et de ses effets et à la situer, d'après les résultats de cette répartition, dans les cadres où le génie de notre civilisation, de notre race et, par conséquent, de notre langue a fixé sa psychologie affective <sup>2</sup>.

1. Cf. les considérations de M. G. Dumas, *Le Sourire*, 1906, p. 93-106, (Paris, F. Alcan) sur l'utilisation du sourire, mouvement réflexe en ses origines, comme signe conventionnel et moyen d'expression des sentiments.

2. « Nos affections, dit M. Lachelier (*Psychologie et Métaphysique*, p. 148), ne deviennent pour nous des objets de connaissance qu'indirectement et par leur association avec nos perceptions. Faites abstraction,



C'est ainsi que s'il s'agit d'une émotion déprimante, un Français de nos jours, après l'avoir fragmentée en les éléments conceptuels dont elle paraît à sa conscience réfléchie être la somme, suivant leur nombre, leur nature et leur valeur, est invité à concevoir et conçoit, en effet, son état comme de la mélancolie, de la tristesse, du chagrin, de la douleur, de l'inquiétude, de l'angoisse ou de l'anxiété. « Nous croyons avoir analysé notre sentiment, dit M. Bergson <sup>1</sup> ; nous lui avons substitué en réalité une juxtaposition d'états inertes, traduisibles en mots, et qui constituent chacun l'élément commun, le résidu par conséquent impersonnel, des impressions ressenties dans un cas donné par la société entière ». Or c'est la peur, la joie, la tristesse, la colère, la haine, etc., c'est-à-dire des émotions ainsi conceptualisées et, par conséquent, dépersonnalisées par le langage, à l'analyse desquelles s'applique l'activité des psychologues : la fameuse théorie spinosiste des passions, où les sentiments, traités en concepts, sont géométriquement décomposés, en est peut-être le plus admirable exemple.

Donc l'émotion, telle que nous la pensons, telle qu'elle nous est familière, si elle a gagné, grâce à un système plus ou moins adéquat de représentations, d'être intelligible et communicable à tous, a perdu en même temps l'essentiel de son originale individualité ou est en tous cas recouverte par un ensemble d'apports collectifs qui ne font qu'un avec elle à nos yeux, et, dans les théories qui en ont été proposées, le terme psychologique n'a d'individuel que l'apparence, pénétré qu'il est jusqu'à une indéterminable profondeur par l'impersonnalité propre aux concepts.

Du terme organique, qui dans nombre de ces théories joue le rôle que l'on sait, il n'en va pas autrement. L'espèce

quand vous souffrez, de toute circonstance de temps et de lieu, écarterez toute image d'accident externe ou de trouble organique : vous n'en souffrirez pas moins pour cela, mais vous ne trouverez plus rien dans votre souffrance que vous puissiez saisir par la pensée et exprimer par la parole ».

1. *Loco citato*, p. 100.

de conceptualisation que subit, comme nous avons essayé de le montrer, toute réaction purement motrice rend impossible, en chaque cas particulier, de définir ce qui, dans les mouvements qui accompagnent les émotions, revient à la pure spontanéité individuelle. Des manifestations relevant de la mise en jeu des fibres lisses, des réactions vaso-motrices et sécrétoires, nous ne songeons évidemment pas à soutenir qu'aucune élaboration conceptuelle et volontaire puisse directement agir sur elles : elles restent pour une large part irréductiblement physiologiques. Mais le fait que l'intervention de certains schémas d'attitudes et de conduite, le souci de certaines convenances sociales peuvent arrêter ou, au contraire, faire couler nos larmes a de quoi retenir l'attention. Car de telles larmes perdent la simplicité d'un réflexe organique. Refoulées ou versées, elles viennent prendre place dans une orchestration mimique composée et réglée par la collectivité.

Ainsi chez tout homme dont les émotions s'épanouissent dans un milieu social, et nous n'en connaissons pas d'autre, l'influence d'une systématisation collective s'exerce, dans des proportions indéfinissables, sur l'ensemble des réactions organiques et physiques, qui ne sauraient par conséquent être portées telles quelles à l'avoir des initiatives individuelles <sup>1</sup>.

Peut-être avons-nous là de quoi nous rendre compte, à la fois, de la séduction qu'exercent les théories physiologiques des émotions, et des difficultés qu'elles soulèvent. L'incoer-

1. Il nous semble du reste ne faire ici que développer toutes les conséquences de l'idée déjà émise par M. Ribot dans ses *Problèmes de Psychologie Affective*, p. 38 (Paris, F. Alcan) : « Cette force de la nature (la sensibilité)... est le plus souvent modelée quant à sa forme et matrisée quant à son essor par l'intelligence, qui lui a imposé une adaptation meilleure aux conditions d'existence de l'individu ». D'autant que M. Ribot ajoute immédiatement après : « Sentir et connaître sont deux manifestations totalement différentes et indépendantes l'une de l'autre dès leur origine », et que, dans ces conditions, du moment que la conscience affective « exprime la vie organique » (p. 35), il faut bien que l'intelligence traduise un autre ordre de réalité humaine.

cible sentiment que nous avons qu'il n'est pas d'émotions sans un corps qui les anime, un cœur qui ralentisse ou précipite ses battements, une poitrine qui se resserre ou se dilate, des muscles qui se tendent ou se détendent et que, dans leur pathétique originalité et leur individualité incomparable, elles sont toutes faites de notre chair, nous rend naturellement accessibles aux suggestions premières des théories physiologiques. Mais, quand, une fois mises à l'œuvre, elles cherchent à s'analyser et à se fonder en raison, c'est à des émotions conceptualisées et, par conséquent, dépersonnalisées qu'elles se trouvent attribuer comme causes des réactions organiques.

La psychophysiologie s'attaque donc à des effets, dont, vu leur nature, elle est incapable, par ses propres moyens, de déterminer toutes les causes, et c'est ainsi que l'exiguïté des fondations étonne devant la splendeur collective de l'édifice que l'on prétend construit sur elles. « Il y a réellement une partie de nous-mêmes qui n'est pas placée sous la dépendance immédiate du facteur organique : c'est tout ce qui, en nous, représente la société. Les idées générales que la religion ou la science gravent dans nos esprits, les opérations mentales que ces idées supposent, les croyances et les sentiments qui sont à la base de notre vie morale, toutes ces formes supérieures de l'activité psychique que la société éveille et développe en nous ne sont pas à la remorque du corps, comme nos sensations et nos états cœnesthésiques. C'est que, comme nous l'avons montré, le monde des représentations dans lequel se déroule la vie sociale se surajoute à son substrat matériel, bien loin qu'il en provienne. »<sup>1</sup> Or, en ce qui regarde les émotions, ceci n'est pas seulement vrai des émotions supérieures, de celles que, dans l'état actuel de la civilisation, nous regardons comme proprement humaines. Quelle qu'en soit la valeur, nos émotions, pour la plupart, sont à base sociale et, même quand elles sont initia-

1. Durkheim, *Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse*, p. 389.

lement tout individuelles, dès l'instant que nous les pensons, elles s'insèrent dans les cadres que le langage a créés à leur usage, se prennent dans les moules que leur fournit l'expression discursive et acquièrent ainsi une fixité et une rigidité en quelque sorte objectives, auxquelles, par leurs propres moyens, les fluctuations de la cénesthésie ne sauraient jamais atteindre.

Ainsi à l'actif et au passif des théories physiologiques se heurtent bien des impossibilités contradictoires : impossibilité de détacher la vie affective de tout substrat physiologique, impossibilité de réduire l'émotion, telle que nous la pensons, à des éléments que nous croyons purement organiques, impossibilité corrélatrice enfin de saisir l'émotion pure et les réactions physiologiques pures à travers les apports collectifs qui viennent les recouvrir, se fondre avec elles et se donner pour elles à nos yeux <sup>1</sup>.

En tous cas, et c'est ce qui importe avant tout pour nous, il apparaît bien que, dans la vie affective et motrice, par l'intermédiaire de la mimique et des concepts moteurs, comme dans la pensée, sous l'influence du langage et de ses concepts discursifs, une permanence et une rigidité sont introduites, qui contrastent avec la fuyante mobilité des impressions et des réactions individuelles et qui, seules, en les recouvrant et en les organisant, les rendent acceptables et intelligibles pour tous. Donc elles réalisent une certaine communauté entre les esprits.

Mais la forme et la signification des mots, le caractère

1. M. Ribot (*Psychologie des Sentiments*, p. 12, Paris, F. Alcan) dit des émotions qu'elles sont des états complexes répondant dans l'ordre affectif à ce qu'est la perception dans l'ordre de la connaissance. Mais, dans ces conditions, comme il n'est pas pour nous de perceptions sans concepts, puisque leur accord suppose une expérience universellement organisée, il faut bien que, dans la constitution des émotions, intervienne un facteur au moins analogue au concept. De ce point de vue, logique affective et logique discursive présentent une différence non pas de nature, mais de degré, puisque toutes deux relèvent de la même origine collective.

des manifestations mimiques, les déterminations complexes et hiérarchisées de la conduite sont données *a posteriori*, puisqu'elles varient de peuple à peuple et de civilisation à civilisation. Par conséquent la communauté dont nous parlons ne saurait résulter d'une espèce d'harmonie préétablie entre les esprits individuels. Elle est un effet de la vie collective, un apport que la société institue aux individus qui la composent. Or, sans organisation conceptuelle de la pensée, il n'est pas de connaissance objective et de science possibles ; sans objectivation en concepts moteurs des conditions auxquelles notre émotivité et notre affectivité doivent répondre, il n'est pas d'ordre et de consensus possibles dans la vie pratique, c'est-à-dire pas de moralité. En ce sens l'homme ne se réalise tout entier que dans et par la société et il est légitime de dire avec M. Durkheim : « Dans la mesure où il participe de la société, l'individu se dépasse naturellement lui-même, aussi bien quand il pense que quand il agit<sup>1</sup> ».

Du point de vue psychologique pur il en va bien autrement. Pour s'insérer dans les schèmes collectifs, concepts discursifs ou moteurs, valables pour tous, les états mentaux ne peuvent pas évidemment ne pas perdre quelque chose de ce qui faisait leur individualité originale. Du fait que nous croyons nous entendre sur la nature d'un sentiment, ce sentiment cesse d'être proprement nôtre et, nous étant commun à tous, il n'est particulier à personne : il faut qu'il soit l'abstraction de multiples réalités qui, autrement, ne se recouvriraient point. Les apports collectifs opèrent donc dans les consciences individuelles une sorte de soustraction. Un état mental, tel que les réactions affectivo-motrices socialisées l'objectivent, tel que le langage l'exprime, égale l'état individuel moins ce qui en constitue précisément l'individualité essentielle.

Sous l'influence de cette pression collective continue, particulièrement agissante à cet égard et saisissable sous

1. *Loco citato*, p. 23.



la forme du langage, cette élimination de l'individuel est devenue la réaction immédiate, spontanée et naturelle de l'activité consciente. Tout état mental tend à se parler à la conscience et ne la satisfait qu'autant qu'il s'est distribué en mots. Or, étant donnée la nature de la pensée conceptuelle, la parole intérieure en est la cause et non l'effet. Pour prendre conscience de nos états psychiques nous utilisons donc le même procédé que pour les communiquer à autrui : nous les transposons en concepts, mais, ce faisant, nous n'en retenons que ce qu'ils ont de commun et de général, que ce que l'expérience collective en a admis et utilisé.

Considérons en effet une pensée, un état d'âme, au moment où ils commencent à apparaître en clair à la conscience. Ils forment encore une masse compacte et sans délimitations internes, mais à leur surface, de distance en distance, des mots et des groupes de mots viennent se poser, comme à l'essai, prêts, si un obscur et peut-être illusoire sentiment nous avertit qu'ils s'adaptent au cas donné, à se rejoindre et à s'articuler entre eux. Et ces mots, dans la pénombre des élaborations psychiques individuelles, jettent la lumière de l'expérience conceptuelle dont ils sont pour nous le foyer. Dès lors, pour nous rendre maîtres de notre pensée et de notre état d'âme, il nous semble que cette fragmentation verbale doit se développer, se perfectionner et les pénétrer tout entiers. Mais les mots que nous avons primitivement élus font partie d'une série hiérarchisée de concepts liés entre eux par des rapports de connotation et de subsumption, engagés dans un système rigoureusement préétabli d'attractions et de répulsions. Ce sont ces mots dont, en réalité, nous développons le contenu conceptuel, quand nous nous efforçons de nous parler notre pensée, pour l'amener à la claire conscience, et ainsi la manière dont la collectivité a organisé son régime conceptuel détermine celle dont notre pensée se décompose et prend figure à nos yeux : nous croyons entrer en possession de nous-mêmes, nous n'en touchons en réalité à la banque des concepts que le change collectif.

La réflexion intérieure, si recommandée communément pour atteindre le moi dans ses plus intimes profondeurs, se ramène donc à y enfoncer, en un sens, plus avant les abstractions du langage. Ainsi s'explique que, d'analyses en analyses, à la poursuite de l'insaisissable concept qui permettrait au moi individuel de se définir à la conscience, nous aboutissions, avec des philosophes comme Kant, à la notion d'une volonté impersonnelle, d'une raison universelle qui, exprimant ce qu'il y a de commun entre les hommes, se trouve convenir précisément au contraire de ce à quoi elle prétend s'appliquer, m'expliquant bien comment et pourquoi je suis homme, mais non pas comment et pourquoi je suis moi<sup>1</sup>.

De là, au point de vue purement psychologique, cette conséquence paradoxale : notre vie consciente se passe à méconnaître la véritable nature de notre psychisme individuel et à nous chercher où nous ne sommes pas. Plus un homme est convaincu de son autonomie morale et s'applique à être une individualité, plus il fait effort pour voir clair en lui-même, c'est-à-dire pour se définir et se parler à lui-même tout le détail de ses états mentaux. Mais, si ce que nous avons dit est vrai, plus son moi s'ordonne ainsi et se développe point par point, plus il perd de ses caractères singuliers et exclusifs, et se transpose en une somme d'éléments conceptualisés, universalisés et par conséquent dépersonnalisés. C'est la grande illusion de la conscience que de croire qu'elle a pris pleinement possession d'elle-même, quand elle s'est analysée en concepts et recouverte d'une forme discursive. Pratiquement cette illusion a son utilité. « Notre vie extérieure et pour ainsi dire sociale a plus d'importance pratique pour nous que notre existence intérieure et individuelle... Une vie intérieure aux moments bien

1. Cette raison dépend du reste à ce point du langage que pour Kant elle ne va pas sans lui : « Les sourds de naissance qui doivent aussi être muets par cette raison, ne peuvent jamais parvenir à rien de plus qu'à quelque chose d'analogue à la raison » (*Anthropologie*, trad. Tissot, p. 58).

distincts, aux états nettement caractérisés, répondra mieux aux exigences de la vie sociale<sup>1</sup>. » Mais, au point de vue spéculatif, elle a été et elle demeure néfaste, puisqu'elle s'est imposée à la psychologie et que, en l'amenant à prendre pour objet de ses recherches les états mentaux à un stade où le psychisme individuel a perdu tout ou partie de son originalité et de sa pureté, elle l'a nécessairement détournée de sa véritable tâche.

Sans doute, pour déterminée qu'elle soit par des nécessités pratiques, cette méprise n'en est pas moins, fugitivement, sensible à la conscience. Sans en comprendre les causes, nous nous rendons tous compte, à de plus ou moins rares moments, qu'il y a en nous quelque chose qui déborde la traduction discursive et logique que le langage nous fournit de nos états. Le succès et l'existence même de la poésie lyrique seraient sans cela inintelligibles, puisque son but est d'atteindre et d'exprimer par de multiples artifices la subjective et fuyante individualité qui sous-tend l'anonyme uniformité des événements humains. Mais cette fuyante subjectivité, pour être intelligible, a besoin d'offrir quelque chose de commun à plusieurs hommes et par conséquent de représentable et d'exprimable pour eux. Les liens logiques des idées ont beau faire place aux attractions affectives des images, le développement s'attacher plus à peindre des états d'âme qu'à enchaîner des concepts, il faut bien que la poésie lyrique reste un langage et s'astreigne à la suprême nécessité d'être communicable. L'analyse affective qu'elle pratique prétend donc, tout comme l'analyse discursive et logique, à la reconstitution, par des rencontres verbales plus ou moins inattendues, de ce qui ne sera jamais deux fois, et, pour être ému avec vous de sa sincérité, pour me retrouver avec vous dans ses accents, il faut donc que spontanément nous oublions l'un et l'autre que mes sentiments ne seront jamais les vôtres, ni les vôtres les miens, et

1. Bergson, *loco citato*, pp. 98 et 104.

que nous méconnaissions ce qui en eux n'appartient qu'à nous seuls.

De ce que couramment nous nous parlons notre pensée, pour en prendre mieux connaissance, de ce que nous faisons confiance non seulement à l'analyse conceptuelle des psychologues, mais encore aux évocations affectives des poètes, dans la mesure où elles nous sont communicables, c'est-à-dire où elles introduisent un certain degré d'universalité dans les états individuels en extrayant de leur masse quelque chose de commun, il faut donc bien conclure que ce que la conscience individuelle ne peut pas ne pas avoir d'irréductible à l'expression discursive est, chez l'homme vivant en société, le seul dont nous ayons l'expérience, spontanément refoulé dans le subconscient.

La préhension du psychologique pur est pour l'activité consciente, telle que l'ont orientée les nécessités pratiques, une limite à laquelle elle ne saurait jamais atteindre, faute de cadres conceptuels où il puisse se fixer. Or c'est une tendance générale que de méconnaître ce qu'on ne peut pas nommer. Par là le psychologique pur s'est trouvé évincé à la fois de la conscience et de la psychologie. Sinon on concevrait mal comment Bain<sup>1</sup>, par exemple, a pu être amené à écrire : « Penser, c'est se retenir de parler et d'agir. » En effet, pour peu que notre analyse des concepts discursifs et moteurs répondent à la réalité, cette définition ne convient qu'à la pensée socialisée par le langage et l'organisation motrice collective, et il faut bien supposer, au-dessous d'elle, une autre forme de pensée, qui lui serve de soubassement individuel. Autrement, entre le physiologique et le conceptuel ou le collectif, il n'y aurait plus de place pour cette réalité psychologique proprement dite, dont la vivante expérience que nous en faisons à chaque minute nous interdit de douter.

Ainsi le paradoxe psychologique que nous signalions tout à l'heure arrive à trouver définitivement sa formule : la

<sup>1</sup> *Les Sens et l'Intelligence*, trad. Cazelles, 1874, p. 298 (Paris, F. Alcan).

conscience discursive, fragmentée en mots et distribuée en phrases, abstraction opérée par le langage et les concepts moteurs au sein des masses psychologiques concrètes, est prise par nous pour notre conscience individuelle et traitée comme telle, alors qu'elle n'est nôtre que par ce qu'elle élimine et laisse choir dans le subconscient, par le squelette invisible que constitue à la pensée socialisée le psychique pur que nous vivons sans le concevoir.

Derrière la vie consciente normale, étalée en pensée discursive et en comportements soumis à une réglementation collective, il faut donc que nous supposions une vie psychologique continue, plus large et plus lâche, dont la première n'est qu'une abstraction. Sinon l'évolution du langage, de la logique et de la civilisation serait inintelligible. Du moment que la conscience humaine se plie de plus d'une manière, il faut bien qu'elle ne s'identifie pas aux formes qu'elle emprunte et que, capable au cours du temps de ceci et de cela, elle soit en un sens quelque chose de plus ou, tout au moins, quelque chose d'autre. Mais il est vrai aussi qu'à chaque moment de l'évolution, chez l'individu normal, la conscience individuelle disparaît si complètement derrière la conscience socialisée qu'il est difficile de faire plus que de la soupçonner. Nous nous doutons qu'elle existe, mais nous ne savons pas comment elle est. « Si la vie de l'esprit a ses racines dans la biologie, dit M. Ribot, elle ne se développe que dans les faits sociaux<sup>1</sup>. » Ainsi, normalement, la vie mentale individuelle nous échappe, pour ainsi dire : dans ses antécédents physiologiques elle n'est pas encore ; dans ses manifestations conscientes, pénétrée de collectivité, elle n'est déjà plus.

Telle est la conception de la vie psychique normale avec laquelle nous allons essayer de confronter la conscience morbide, pour en déterminer la nature et les caractères.

---

1. *Psychologie des Sentiments*, p. 196 (Paris, F. Alcan).



## II

### LE PSYCHOLOGIQUE PUR

Des observations que nous avons rapportées, du commentaire que nous en avons tenté, se dégage, avons-nous vu, nettement l'impression que, au moins chez les aliénés de ce type, tout le système des réactions mentales est profondément modifié. Qu'elles soient manifestes ou latentes, qu'elles sautent aux yeux ou demandent un certain effort d'analyse pour être décelées, ces modifications se sont rencontrées toujours et partout dans toutes les directions. Réactions affectives, motrices, intellectuelles nous sont apparues constamment inadéquates aux nôtres.

Le déséquilibre affectivo-moteur de nos malades est évident. Sans doute il ne se peut que les réactions affectives et motrices morbides ne soient pas composées des mêmes éléments que les nôtres : vaso-constrictions et vaso-dilatations, sécrétions glandulaires, modifications mimiques, mouvements du corps et des membres ; mais toute leur originalité éclate dans la manière dont elles les groupent et dans la façon dont elles explosent. Il n'y a plus moyen de les rattacher aux schèmes collectifs, aux concepts moteurs, conformément auxquels nos émotions normales s'objectivent et s'organisent nos comportements. L'homme capable de telles manifestations ne nous apparaît déjà plus comme notre semblable : au moment propice son état morbide se diagnostique à la vue. Et cette dissemblance ne fait que s'accroître, si nous prenons en considération le contenu mental auquel les réactions répondent. Au lieu que,

normalement, la décharge motrice se relie à l'état affectif par un système de représentations dont la collectivité a réglé, pour ainsi dire, la nature et l'importance proportionnellement à ses effets apparents, la présence d'un pareil système n'est plus ici ni constante ni nécessaire. Souvent même il n'y a pas seulement disproportion et désaccord, mais contradiction entre les réactions affectivo-motrices et les justifications ou interprétations que les malades en fournissent.

Il en est de même des réactions intellectuelles. Plus moyen non plus, malgré les apparences superficielles, dues à l'emploi de notre langage, de les faire rentrer dans les schèmes discursifs que la collectivité a construits à notre usage. Plus nous nous sommes avancé dans notre analyse, plus les discordances ont éclaté, nombreuses et irréductibles, entre la pensée morbide et l'expérience, le régime conceptuel et logique, qui s'identifient pour nous avec les conditions mêmes de la vie mentale.

Reste cependant que, de malade à malade, il y a entre les réactions affectivo-motrices et intellectuelles une troublante ressemblance. Mais cette ressemblance offre plus de surface que de profondeur et ne porte pas bien loin ses effets. Entre des malades tels que ceux de l'observation desquels nous sommes parti, il n'est pas concevable que se constitue jamais une entente seulement analogue à celle qui unit les individus normaux au sein d'une même civilisation. Ils ne se comprennent pas plus entre eux que nous ne les comprenons nous-mêmes, et leurs délires ne sauraient fonder une expérience collective. Le dérèglement morbide est donc de sa nature tout individuel. Mais, dans ces conditions, il semble que les réactions affectivo-motrices et intellectuelles morbides devraient s'échapper dans toutes les directions et ne se rencontrer qu'exceptionnellement. Les nombreuses ressemblances qu'elles présentent, si superficielles soient-elles, posent un problème dont il importera de chercher une solution.

Le caractère objectif de la conscience morbide, de quel-

que point de vue qu'on l'envisage, est donc l'impossibilité de se soumettre au régime de conceptualisation motrice et discursive, auquel toute conscience normale se conforme spontanément, en prenant connaissance de soi et en se réalisant au dehors. Les schèmes de tout ordre que la collectivité met à la disposition des consciences ne parviennent plus ici à recouvrir la pensée individuelle, à se fondre et à se confondre avec elle, et elle est réduite à chercher ailleurs ses voies et moyens d'expression. Nous sommes loin d'être le premier à l'avoir entrevu et c'est bien déjà quelque chose d'analogue que voulait dire Esquirol, par exemple, quand il écrivait que les maniaques et les monomaniaques « sentent et ne pensent pas »<sup>1</sup>, opposant à l'objectivité des concepts la subjectivité au moins apparente des états affectifs ; mais tout notre effort est allé à pousser cette constatation plus avant et ira maintenant à en tirer toutes les conséquences.

Or, puisque nous avons été amené à concevoir psychologiquement la réduction spontanée de la conscience normale à la forme socialisée, qui est naturellement la sienne, comme l'effet d'une élimination, d'un passage au subconscient du psychologique pur, il nous est bien difficile de ne pas supposer que, si la mentalité morbide se montre irréductible aux schèmes collectifs, c'est que le psychologique pur n'y disparaît plus dans le subconscient, c'est que le halo individuel des états psychiques y persiste indéfiniment à la pleine conscience. Il y a donc lieu de se demander si nous pouvons nous expliquer les diverses particularités de la conscience morbide en la considérant comme une conscience individuelle se conservant toujours tout entière, dans tous ses détails, présente à elle-même et incapable, par conséquent, de se réduire à la forme socialisée.

Mais qu'est ce psychologique pur dont nous sommes ainsi conduit à envisager le rôle de si paradoxale manière ?

1. *Traité des Maladies Mentales*, I, p. 21.

Le moment semble venu de nous expliquer sur ce qui le constitue essentiellement à nos yeux.

Il n'est qu'un seul objet dont, au moins partiellement, nous soyons seuls à avoir conscience et dont la connaissance ait quelque chose d'irréremédiablement subjectif : c'est notre corps. Comme objet extérieur, il tombe sous les sens d'autrui aussi bien, sinon mieux et plus complètement, que sous les nôtres. Mais, comme lieu de notre vie organique et mentale, il n'est senti que par nous seuls et d'une manière incomparable. De deux impressions sensorielles, affectant deux cerveaux et deux psychismes différents, la cause extérieure du moins est identique et fournit ainsi le moyen de les confronter, de les objectiver et de les impersonnaliser en un concept ; mais, de deux sensations internes, impressionnant deux cerveaux et deux psychismes différents, la différence ne tient pas seulement à celle de ces cerveaux et de ces psychismes, car, si complète que nous admettions l'analogie entre leurs causes, il est trop évident que cette analogie est loin d'être une identité, et l'hypothèse contraire nous révolterait comme une absurdité vivante. Si nous sommes donc toujours pratiquement plusieurs à voir et à entendre ce qui se passe au dehors, nous restons toujours seuls à percevoir par le dedans notre propre corps. Ainsi l'expérience intime que nous ne cessons de faire de notre vie organique est le type même d'une expérience éternellement individuelle et constitue un domaine à jamais fermé au collectif, qui n'y saurait pénétrer, au moins directement.

La cénesthésie <sup>1</sup>, pour l'appeler par son nom, apparaît

1. La manière dont nous concevons la cénesthésie se précisera suffisamment, croyons-nous, dans les pages qui vont suivre. Peut-être, cependant, n'est-il pas inutile d'avertir, dès à présent, le lecteur que, si nous disons de la cénesthésie qu'elle est la masse des sensations internes, c'est pour éviter l'inextricable difficulté qu'il y aurait à rompre avec toutes les habitudes de notre langage psychologique, mais que, ce faisant, nous sommes loin de prétendre donner de la cénesthésie une explication génétique et d'admettre que, envisagées du point de vue cénesthésique, les sensations internes, prises isolément, aient

donc comme l'invincible forteresse du psychologique pur. Or, il est capital de le constater, nous n'avons de notre cénesthésie, à l'état normal, qu'une conscience sourde et obscure, sous-jacente aux impressions sensorielles, aux représentations et aux constructions affectivo-motrices et discursives, qui se détachent en clair sur la masse fuligineuse des sensations internes. La cénesthésie reste, normalement, à l'état de sentiment confus et inconceptualisé ; étant ce qu'il y a dans notre vie psychique de plus physiologique et de moins social, elle est plus vécue que pensée. Si nous parvenons à l'amener à la claire conscience et à l'état de pensée communicable, ce n'est que par une série d'artifices : en situant nos sensations internes dans le temps, en les localisant approximativement dans l'espace, en les intercalant entre une cause et un effet, en les encadrant, en un mot, de toutes les circonstances objectives qui sont de nature à nous en fournir une sorte d'équivalent conceptuel. Mais, prises en elles-mêmes, elles sont aussi

une réalité psychologique. L'indépendance relative des organes, des filets nerveux qui en émanent, des cellules et des centres auxquels ces filets aboutissent, implique l'existence de processus physiologiques indépendants et autonomes parcourant tout ce trajet. Mais, du point de vue psychologique, la cénesthésie est un ensemble où nous ne démêlons point de parties. L'existence de sensations cénesthésiques élémentaires est donc une hypothèse physiologique, nullement une constatation psychologique. Il est évident que des sensations internes se détachent constamment sur le fond cénesthésique, mais elles empruntent alors des caractères représentatifs, elles s'objectivent au mieux de leurs moyens et, par conséquent, ne s'isolent et ne s'individualisent qu'en perdant pour autant de leur caractère cénesthésique. C'est donc bien à tort, selon nous, que M. Beaunis, par exemple (*les Sensations Internes*, 1889, p. 154), traite de la cénesthésie comme de la somme des sensations internes, considérées comme des réalités primitivement indépendantes et autonomes, alors qu'elles n'acquièrent précisément cette indépendance et cette autonomie qu'en se dégageant de l'ensemble cénesthésique. Ainsi il apparaît qu'il y aurait bien des inconvénients à définir la cénesthésie en énumérant une série de sensations internes, puisque, d'une part, la cénesthésie semble bien psychologiquement antérieure aux éléments dont on voudrait la composer et que, d'autre part, ces éléments n'acquièrent de réalité et d'individualité conscientes qu'en se dépouillant en partie de leur caractère cénesthésique et ne pourraient donc, en s'additionnant sous cette forme, constituer la réalité dont ils sont issus.



réfractaires à la conceptualisation que la douleur et le plaisir purs, considérés, s'il est possible, indépendamment de toutes les circonstances dans lesquels ils sont apparus, et il n'y pas là de quoi nous étonner, puisque douleur et plaisir purs ne sont précisément que la manière dont se traduiraient à la conscience immédiate tels ou tels ensembles cénesthésiques.

L'introspection n'est pas seule au reste à nous avertir du caractère subconscient de la cénesthésie. Si en effet elle était autrement consciente, il serait inintelligible que l'existence même en eût été si longtemps méconnue par les psychologues, si attentifs, au contraire, aux détails du mécanisme sensoriel, et que, une fois même cette existence entrevue, il en eût été d'abord fait si brièvement et si pauvrement état. L'Intelligence de Taine, ce bréviaire de l'associationnisme français, est particulièrement significative à cet égard ; ce n'est pas seulement le mot, mais la chose qu'on y trouve à peu près à désirer<sup>1</sup>. D'autre part, c'est l'anatomo-physiologie, qui, en nous révélant la richesse et le rôle de l'innervation des organes internes, nous a conduits à admettre, par analogie, que leur fonctionnement devait avoir ses retentissements psychologiques ; c'est la clinique, qui, en mettant à jour la dissociation des diverses sensibilités, nous a démontré, par exemple, que le sens des positions, le sens stéréognosique supposaient la perception fugitive et latente d'une masse de sensations kinesthésiques, osseuses, ligamenteuses et articulaires, immédiatement effacées derrière leur interprétation objective et leur projection dans l'espace : la découverte de la cénesthésie s'est donc opérée de façon indirecte, par voie de raisonnements plutôt que de constatations, et on ne saurait souhaiter de son caractère subconscient plus éclatante confirmation.

Nous ne songeons nullement, ce qui précède en est déjà la preuve, à dénier l'importance psychologique de la cènes-

1. Sous les réserves que nous avons indiquées p. 24, note 1.

thésie. Mais autre chose est d'en accepter l'existence, autre chose d'adopter les conceptions qui en ont généralement cours. Nous avons naturellement tendance à juger de toute réalité psychologique d'après l'expérience que nous avons de la vie consciente normale, mais cette tendance, pour naturelle qu'elle soit, n'en est pas moins dangereuse et paradoxale, puisque, comme nous avons vu, l'ordre, la distribution et la constitution même de nos états mentaux, quand ils viennent à la conscience claire, ne relèvent pas de notre seule organisation psychologique, et supposent une sorte de stabilisation et de mise en œuvre collectives. Aussi, quand, par une espèce de complaisance pour les suggestions des sciences biologiques, les psychologues ont essayé de se représenter la conscience organique, leur première hypothèse a-t-elle été de concevoir la cénesthésie, l'expérience interne, à l'image de l'expérience externe, telle que la collectivité l'a adaptée à sa pratique, comme une somme et une synthèse d'éléments discrets et rigides qui, pour être passés dans le subconscient, n'y conservent pas moins cette forme et ce caractère. Mais, comme les éléments de notre expérience sensible n'atteignent à cette discrétion, à cette rigidité, à cette abstraite autonomie, que par voie de conceptualisation, il faudrait donc, pour que l'hypothèse fût valable, que semblable élaboration fût possible dans le domaine cénesthésique. Or nous avons essayé de montrer que, en ce qui concerne la cénesthésie, le travail conceptuel n'a pour ainsi dire d'action que sur sa périphérie, sur les circonstances objectives qui accompagnent les sensations internes, mais non sur ces sensations elles-mêmes, dont la substance même échappe de ce chef à la conscience normale, toute faite d'éléments conceptualisés. Si donc il est évident que la cénesthésie existe, il nous paraît non moins évident qu'il est extrêmement difficile, sinon impossible, de la concevoir, sans la fausser, à l'image des sensibilités externes.

Ainsi, pour nous représenter à peu près ce qu'est la cénesthésie, il ne nous faut pas perdre de vue que les premiers

caractères que nous lui avons reconnus, sa subconscience et sa résistance à la conceptualisation, l'opposent essentiellement au reste de notre expérience psychologique, et qu'elle est subconsciente dans la mesure où elle est rebelle à la conceptualisation, puisque ne nous apparaissent pleinement du ressort de la conscience normale que les états susceptibles d'être conceptualisés. Notre cénesthésie fait partie de notre vie psychique au même titre que nos impressions sensorielles, nos représentations, nos sentiments et nos idées. Mais les préoccupations d'ordre pratique, les nécessités intellectuelles et collectives, nous font attribuer des privilèges éminents à ceux de nos états mentaux capables d'élaboration discursive et d'organisation logique. La forme et le degré de conscience où ils sont ainsi élevés nous apparaît comme le type même de la conscience normale et notre attention se détourne spontanément de ce qui n'y peut être amené. C'est cette préoccupation de la conscience claire et réfléchie qui, lorsque nous avons à prendre en considération le reste de notre vie psychique, nous contraint à imaginer la catégorie du subconscient, pour le distinguer, du moins, de ce qui la constitue essentiellement à nos yeux.

Mais, dans ces conditions, la constatation de cette subconscience suppose entre la cénesthésie et la conscience claire une différence profonde et, du moment que la conscience claire se caractérise par sa distinction et sa hiérarchisation, par sa fragmentation en éléments discrets, subsumables à des concepts universels et permanents, il nous faut nécessairement concevoir la cénesthésie comme une masse indistincte, indécomposable, irréductiblement individuelle, continuellement mouvante et changeante, expression immédiate de l'ensemble des états, des besoins et des affections organiques, lourde de leur passé, grosse de leur avenir, sorte de support aussi indispensable que la vie même, dont il n'est qu'une traduction, aux constructions psychologiques ultérieures, mais que

l'individu, tel que nous le connaissons, suppose, plutôt même qu'il ne l'entrevoit, à travers les formations qui le recouvrent, quand sa conscience s'arrête un instant dans sa course centrifuge ou est brusquement rappelée en arrière par un appel impérieux de l'organisme. L'habitant du premier étage oublie le plus souvent que sa maison a des fondations, et quand il y pense, il croit et affirme qu'elles existent, sans seulement y aller voir, car il sait bien que sans fondations, il n'y aurait ni maison, ni premier étage, mais cependant il ne les a pas vues. De même les impressions cénesthésiques sont les fondations vivantes, mais le plus souvent inaperçues, de la vie consciente et de la pensée. Aussi silencieuses qu'efficaces, elles apportent à notre vie consciente l'unité et la continuité réelles, que, sans leur concours anonyme, elle serait impuissante à constituer entre les éléments conceptualisés, universalisés et rendus ainsi permanents et impersonnels. en lesquels elle aime à s'objectiver et où elle s' imagine pouvoir se reconnaître tout entière.

Ce psychologique pur, dont nous avons admis que le refoulement dans la subconscience caractérisait la démarche normale de notre vie consciente, nous paraît donc composé essentiellement de la masse homogène de nos impressions organiques. Sans doute, il n'est pas de notre intention de nier que nos sensations, nos perceptions, nos émotions, nos idées n'aient aussi quelque chose d'individuel, mais cette individualité ne tient pas aux formes qu'elles revêtent à la conscience claire, mais au contraire au halo cénesthésique dont, si loin que soit poussé le travail d'abstraction et de généralisation conceptuelles, caractéristique des mentalités humaines, elles ne parviennent jamais à se libérer complètement. Cette individualité, en effet, nous est d'autant plus évidente que nos états mentaux reprennent contact plus étroit et rentrent en communion plus intime avec le milieu cénesthésique dont les nécessités pratiques les ont détachés et à la surface desquels ils font

normalement saillie, milieu incomparable où à chaque moment se trouve intégralement inscrite, en un langage devenu malheureusement hiéroglyphique pour nous, toute la réalité fluide et mouvante de notre vie personnelle<sup>1</sup>.

Fondement essentiel à nos yeux du psychologique pur, la cénesthésie jouera donc dans notre conception de la conscience morbide un rôle capital. Mais, en lui supposant une telle influence, nous n'aurons garde de méconnaître qu'elle est normalement subconsciente et que, si elle apparaît à la conscience claire, c'est dans une sorte d'encadrement conceptuel qui, mettant l'accent sur les circonstances objectives de nos douleurs et de nos joies organiques, n'en entame pas le noyau central, rebelle à toute élaboration discursive, et le relègue au second plan, derrière le rideau de représentations différenciées où les nécessités intellectuelles nous imposent de trouver son expression adéquate. Dans ces conditions, la disparition ou la perturbation centrale ou périphérique des impressions cénesthésiques ne sauraient en rien modifier le régime normal de notre vie mentale, puisque, disparues, elles ne font que devancer l'action éliminatrice de la conscience claire, et que, perturbées, elles s'accompagnent toujours d'un ensemble de circonstances objectives susceptibles d'une ébauche d'agencement conceptuel qui les rattache à l'expérience antérieure, tandis que le *nescio quid* qui, en ce cas comme à l'état normal, constitue leur vivante essence, inconceptualisable qu'il est en ce cas comme dans les autres, n'a, ici encore, d'autre ressource que de s'abimer dans le subconscient.

Et cette impuissance de la disparition ou de la pertur-

1. La valeur, la dignité de certains états de conscience individuelle ne sont ici nullement en cause. Nous entendons aussi peu les dénier que W. James, quand il établissait sa fameuse théorie des émotions, dont M. Boutroux a pu dire à juste titre : « Si quelque émotion est en soi un fait profond, pur, noble, spirituel, elle demeure telle, soit qu'elle consiste ou non dans le sentiment de certaines modifications viscérales. Expliquer l'apparition d'un phénomène n'est pas le supprimer » (W. James, p. 41-42).



bation des impressions cénesthésiques à modifier profondément notre vie psychique, n'est pas une hypothèse, elle est un fait. Les modifications que subit nécessairement la cénesthésie au cours des maladies organiques, n'entraînent *ipso facto* que des modifications relativement insignifiantes de l'état mental. Il n'est pas à cet égard d'exemple plus démonstratif que celui du tabes. Avec ses hyperesthésies et ses paresthésies, ses douleurs fulgurantes et ses crises viscérales, avec ses hyposthésies et ses anesthésies cutanées, osseuses, articulaires, musculaires, nerveuses, organiques et viscérales, avec ses troubles cardiaques, respiratoires et vaso-moteurs, si les troubles cénesthésiques engendraient naturellement des troubles psychiques, le tabes devrait comprendre dans sa symptomatologie courante toute une série de désordres mentaux. En réalité « exception faite pour ceux qui sont simultanément atteints de paralysie générale, l'état mental des tabétiques est ordinairement peu troublé. Cependant quelques auteurs insistent sur les modifications du caractère, sur les troubles moraux, sur une certaine irritabilité des malades ou au contraire sur une très grande indifférence. On a encore signalé chez les tabétiques des idées de persécution, de mélancolie, de l'hypocondrie »<sup>1</sup>. En dehors d'altérations légères de l'humeur, les troubles psychiques sont donc chez les tabétiques d'une remarquable rareté. D'où il résulte évidemment que, alors même que les modifications de la cénesthésie sont le plus indiscutables, à l'égard de l'état mental, ce ne sont pas ces modifications qui importent, mais la manière dont elles sont accueillies.

C'est ce qu'ont eu, selon nous, le tort d'oublier ceux qui, pour expliquer, par exemple, la dépersonnalisation physique et morale, ont invoqué la disparition ou la perturbation des impressions cénesthésiques. D'autant que, ce faisant, ils se trouvent aboutir à ce paradoxe de fonder

1. Déjerine et André-Thomas, *Maladies de la Moelle Épinrière*, p. 600.

le désordre mental de la conscience normale sur la disparition ou la perturbation d'éléments normalement subconscients, dont l'exercice de la pensée normale suppose normalement l'élimination. Ne tiendrous-nous pas, en revanche, beaucoup mieux compte des conditions réelles de la cénesthésie, en admettant que la conscience morbide doit ses caractères, non à la disparition d'éléments dont l'élimination est psychologiquement normale, mais à l'impossibilité, au contraire, de cette élimination ?

La nature et les conditions d'existence de la cénesthésie tendent donc à confirmer ce que nous avons dit de la conscience morbide et du psychologique pur, et nous permettent de proposer du déséquilibre mental, à la définition duquel nous nous sommes attaché, cette expression plus explicite et plus précise : une conscience est morbide dans la mesure où, la décantation cénesthésique ayant cessé de s'y produire, il adhère aux formations de la conscience claire des composantes inaccoutumées, anormalement irréductibles.

Une telle conception de la conscience morbide comporte deux conséquences immédiates, qu'il est bon de signaler sans tarder, car, par leur rencontre avec l'observation, elles nous sont un encouragement et un appui.

D'une part, dans cette hypothèse, la vie consciente nouvelle qu'est la mentalité morbide égale au moins, en sa complexité, la vie consciente normale. Du point de vue psychologique pur, elles ont la même intensité, la même valeur et la même activité. Seuls les résultats pratiques mettent entre elles de la différence, la vie consciente normale étant seule capable de cette distribution et de cette organisation conceptuelles, que la collectivité, l'intelligence et le langage, véritable trinité de l'expérience humaine, ont adaptées aux conditions objectives de notre existence parmi les hommes et les choses.

D'autre part, la masse cénesthésique étant anormalement

présente à tous les moments de la vie psychique, son irréductibilité se manifeste le long de toute la chaîne des états mentaux et la conscience morbide, morbide tout entière, est le siège d'une modification globale, portant à la fois sur toute son étendue. Ce n'est que secondairement que le trouble en viendra à se fixer sur des points privilégiés et à attirer à peu près exclusivement sur eux l'attention du clinicien.

Or l'observation de nos malades nous a amené, d'une part, à conclure qu'il y avait lieu de distinguer chez eux l'activité pratique, intellectuelle et sociale, de l'activité psychique proprement dite et que, si la première était évidemment plus ou moins touchée, il n'en était pas de même de la seconde, et à reconnaître, d'autre part, que, dans les cas mêmes où le trouble semblait le plus localisé, un examen attentif permettait de déceler sa présence en des domaines qu'il paraissait d'abord avoir épargnés. Ainsi notre hypothèse se trouve satisfaire à deux des conditions les plus générales du problème que les faits nous ont posé : il y a là peut-être de quoi nous prévenir en sa faveur.

---

### III

#### LA CONSCIENCE MORBIDE

Il reste maintenant, notre hypothèse générale une fois établie et énoncée, à en poursuivre l'application et à vérifier si elle est susceptible de nous rendre compte de toutes les particularités de la conscience morbide. C'est donc à pratiquer une sorte de reconstitution schématique de la mentalité morbide et du détail de son fonctionnement que nous nous trouvons naturellement amené. Pareilles reconstitutions sont tâches délicates et prêtent aisément le flanc aux objections et aux critiques : on y connaît, en effet, d'avance l'essentiel de ce à quoi on doit aboutir et la préoccupation du but à atteindre, en fixant arbitrairement notre choix parmi bien des conséquences possibles, risque d'y jouer un rôle plus actif et plus efficace que la considération même des données que nous avons prises pour point de départ.

Cependant, dans le cas particulier, l'examen des troubles morbides présentés par nos malades nous a conduit d'analyses en analyses à reconnaître qu'ils supposent des états mentaux incomparables aux nôtres, pour lesquels notre psychologie pratique n'a pas à proprement parler de cadres et de vocabulaire. Or, c'est de cette notion même d'états mentaux incomparables aux nôtres que nous allons maintenant remonter, par un effort inverse, vers les faits particuliers qui nous l'ont imposée à l'esprit et, pour vérifier si la manière dont nous supposons que ces états mentaux sont incomparables aux nôtres répond à la

manière dont ils le sont en effet, l'analyse que nous avons pratiquée nous servira incessamment de contrôle et de repère.

En revanche, il est en notre cas une difficulté presque insurmontable. Nous ne saurions concevoir un processus mental sans l'imaginer plus ou moins à l'image des nôtres, capable d'une certaine organisation logique et d'une certaine expansion discursive. Si donc le propre de la conscience morbide est d'être rebelle à notre logique et à notre régime discursif, toutes les tentatives que nous ferons pour en rendre compte sont de ce chef condamnées à ne nous en fournir que des expressions inadéquates et à transposer en un langage qui n'est pas fait pour elles des réalités psychiques qui ne sont plus faites pour nous. D'où cette conséquence que plus nos interprétations descendront dans le détail, plus il conviendra de les tenir avec nous pour symboliques et conjecturales.

Avant de reconnaître quels peuvent être, sur l'ensemble de l'activité mentale, les effets de l'apparition à la conscience individuelle d'états nouveaux et originaux, irréductibles à tout autre, réfractaires par conséquent en eux-mêmes à la constitution d'une expérience, c'est-à-dire d'un accord collectif, et dont la conceptualisation, au lieu de s'effectuer spontanément, est au contraire l'objet d'une sorte d'inhibition spontanée, il importe de ne pas perdre de vue que le malade n'aborde ces états nouveaux qu'après avoir été pendant plus ou moins longtemps à peu près normal, c'est-à-dire après avoir obéi aux influences de son milieu collectif et en avoir adopté, avec le langage, l'expérience et la logique.

Or la vie consciente socialisée est pour nous le type de la vie consciente individuelle. Nous croyons être et nous connaître immédiatement tels que la collectivité nous a faits. Nous ne nous sentons à l'aise et, pour ainsi dire, comme chez nous au milieu de nos états psychiques que pour autant qu'ils se conforment aux étalons que l'intel-



ligence nous en fournit. Il est donc bien évident que le souvenir de la vie consciente socialisée, conçue comme la vie consciente naturelle et normale, obsède le malade et intervient dans ses jugements et interprétations à l'égard de son existence psychique personnelle. Si troublé et si déconcerté soit-il par l'originalité inattendue de ses états mentaux, si urgent que se fasse en lui le besoin d'imaginer des cadres originaux pour une expérience originale, cette originalité ne vient pas à bout de ses préventions et de ses habitudes collectives. Elles persistent à exercer largement leur influence. En apparence au moins le malade continue à parler notre langue, dont les distinctions conceptuelles supposent toute une interprétation de la vie psychologique, et à subir ainsi indirectement l'action de notre logique ; car, son langage a beau souvent porter à faux, comme nous l'avons montré, il n'en reste pas moins riche de suggestions discursives, et ses concepts, si on peut ainsi parler d'élaborations tout individuelles, ont beau n'être pas construits comme les nôtres, ils n'en semblent pas moins, le langage aidant, faire effort pour se comporter comme eux. A travers les bouleversements de la conscience morbide subsiste donc un certain automatisme collectif, reliquat de la participation antérieure du malade à notre vie intellectuelle et sociale.

Ainsi s'explique l'uniformité relative des manifestations délirantes. Elle tient non à la nature même de la conscience morbide, mais aux influences collectives qui ne cessent jamais de s'exercer sur elle. Les aliénés d'un même type disent à peu près tous la même chose, parce qu'ils appartiennent à un même milieu collectif, dont le présent et le passé imposent à leurs convictions délirantes certaines directions privilégiées : si le collectif actuel n'y suffit pas, pour rendre compte de leurs troubles, ils font appel à des représentations collectives antérieures, passées dans le milieu ambiant à l'état de superstitions plus ou moins sporadiques. De là vient que plus une population se détache des idées religieuses, plus les délires mystiques s'y font

rares, mais que, en même temps, un athée ne saurait être sûr de ne jamais réaliser un délire religieux, tant que, dans la collectivité dont il fait partie, un certain mysticisme latent reste en mesure de fournir matière, le cas échéant, à ses interprétations pathologiques.

D'autre part, si le propre de la conscience morbide est d'être réfractaire à notre régime conceptuel, mais si, en même temps, elle tient de son passé une irrésistible tendance à s'organiser à l'imitation de la conscience socialisée, à s'efforcer vers une forme collective, c'est-à-dire susceptible de constituer une expérience et de s'objectiver en développements discursifs, il va de soi que dans de semblables conditions une telle tendance est au moins paradoxale et que, au sein de la conscience morbide, elle éprouvera à se réaliser une sorte d'impossibilité interne, source de mille difficultés et de mille contradictions.

Cette réserve faite et ce point établi, l'examen et le contrôle de notre hypothèse se rencontrent tout d'abord avec une constatation capitale : tous nos malades<sup>1</sup> présentent un cortège plus ou moins riche de troubles, étourdissements, vertiges, syncopes, étouffements, suffocations, malaises gastriques, battements et palpitations de cœur, crampes, fourmillements, qui révèlent un état de déséquilibre cénesthésique, et leurs migraines, leurs céphalées, les multiples souffrances qu'ils énoncent, en les mêmes termes à peu près que nous, invitent à admettre chez eux l'existence d'un état douloureux de la cénesthésie. Cette unanimité a

1. Cf. II<sup>e</sup> P., p. 167. La première partie de notre travail a présenté, une première fois, les faits, sur lesquels notre théorie se fonde et à l'interprétation desquelles elle vise, dans toute leur complexité clinique ; dans la seconde partie, ils ont été de nouveau repris en détail, analysés et ordonnés systématiquement. Pour alléger notre exposition, nous avons cru, dans ces conditions, pouvoir, désormais, les considérer le plus souvent comme connus, et nous aider de fréquentes références aux passages de la seconde partie, où ils se trouvent groupés et d'où il est facile de remonter aux observations.

au premier abord quelque chose d'impressionnant. Mais le fait que les nécessités du langage contraignent les malades à essayer d'exprimer comme nous des états qui diffèrent des nôtres, nous autorise à en discuter la valeur et la signification.

Or les états douloureux de la cénesthésie, au sens que la douleur a pour nous, sont constants chez le normal et n'entraînent généralement pas à leur suite l'apparition de troubles mentaux. Les modifications de la cénesthésie ne prennent pas, en effet, au dépourvu la conscience socialisée. Elle a ses méthodes et ses procédés artificiels pour les conceptualiser, ses cadres pour les recevoir ; aussi ne bouleversent-elles pas ordinairement notre expérience. Le fait essentiel n'est donc pas ici l'apparence douloureuse sous laquelle des états cénesthésiques nous sont dénoncés, mais la difficulté où sont les malades de les maintenir dans les cadres habituels où nous les insérons, les ruminations, les analyses inopérantes, où les entraîne l'irréductibilité effective de ces prétendues douleurs aux représentations que nous nous sommes formées des différentes douleurs. De même que Gabrielle, tout en parlant des sensations internes qu'elle éprouve comme d'autant de signes subjectifs de sa grossesse, reconnaît cependant qu'elles diffèrent absolument des impressions normalement ressenties par une femme enceinte, de même ici la manière dont les malades réagissent à leurs impressions cénesthésiques, les débauches de méditations auxquelles ils s'abandonnent, leur luxe de comparaisons et d'images, le caractère équivoque de leurs métaphores, dont on est souvent en peine de dire si, cliniquement, elles sont ou non des affirmations déli-rantes<sup>1</sup>, nous donnent à penser que, en nous parlant de douleurs, c'est moins un fait qu'ils constatent, qu'une interprétation à laquelle ils se risquent, interprétation que leur imposent naturellement les habitudes et les nécessités de

1. Cf. II, p. 171 et suivantes.

notre expérience et de notre langage, mais contre lesquelles s'insurge en même temps la radicale originalité de leurs états psychiques. Car l'élément collectif, cessant de jouer son rôle réducteur et de repousser la masse cénesthésique dans l'inconscient, est incapable de se détacher d'elle spontanément et de venir figurer seul au foyer de la conscience claire : d'où, à la fois, l'appel que font les malades à nos cadres conceptuels et leur impuissance à s'en satisfaire.

D'ailleurs, comme la cénesthésie ne saurait pas ne pas être affective, nous admettrions volontiers, à l'origine des troubles que nous étudions, un état douloureux de la cénesthésie, mais à condition d'y voir de la douleur pure, c'est-à-dire de la douleur vécue et non pensée, considérée antérieurement à toute détermination conceptuelle. Et ce qui, au point de vue mental, provoque les conséquences morbides, ce n'est pas le caractère douloureux en lui-même de cette douleur pure, mais c'est qu'elle reste rebelle à toute réduction conceptuelle, et d'une insurmontable subjectivité qui embarrasse la conscience socialisée, faite pour s'objectiver en sentiments, représentations, propos et actes qui, valables pour tous, ne sont le propre de personne.

Or, du moment que toute l'expérience antérieure des malades est faite, comme la nôtre, d'impressions, d'émotions et, en général, d'états psychiques conceptualisables et conceptualisés, du moment que cette expérience antérieure est, au moins primitivement, pour eux comme pour nous, le type unique de la vie consciente normale, en présence de ces états nouveaux qui viennent la contredire en ne se rattachant plus à elle, il ne se peut pas qu'ils n'éprouvent le sentiment de quelque chose d'inouï, et que, suivant qu'ils le vivent ou qu'ils le pensent, ils ne se débattent dans l'angoisse ou ne crient au mystère. Donc le premier effet psychologique de l'irréductibilité conceptuelle des masses cénesthésiques se trouve être tout naturellement l'état d'angoisse et de mystère, auquel notre analyse nous a montré

que pouvait se ramener chez nos malades l'ensemble de leurs troubles morbides<sup>1</sup>.

Mais cette angoisse et ce mystère nous avaient paru en même temps incomparables aux nôtres et nous avions signalé là le principal défaut des théories qui, supposant aux troubles morbides une base affective, ne se sont pas suffisamment inquiétées de la nature d'une affectivité capable de telles conséquences. Or, notre hypothèse nous amène à considérer cette angoisse et ce mystère, sans doute, comme des états affectifs, mais comme des états affectifs d'une espèce toute nouvelle, puisqu'ils demeurent radicalement individuels, tandis que notre vie affective normale n'a pas échappé, plus que notre vie intellectuelle et pratique, aux impérieuses influences de la collectivité ; elle est, par suite, de nature à nous expliquer que, si nous pouvons être conduits à interpréter des états de conscience morbides à l'aide de notre expérience affective, ce n'est pas, au fond, parce que nos catégories affectives y trouvent normalement leur emploi, mais parce que ce sont encore elles qui jurent le moins avec eux.

D'autre part il est bien naturel que l'irréductibilité des masses cénesthésiques, dès l'instant qu'elle s'est une fois produite, s'étende à tous les moments de la conscience, auxquels elles sont normalement sous-jacentes. Quand elles ont fait irruption sur un point à la conscience claire, on ne voit pas ce qui pourrait les endiguer ailleurs. L'angoisse et le mystère ineffables enveloppent donc tous les états de la conscience morbide et tous les éléments psychiques normalement différenciés rentrent en continuité sous l'action de cette poussée d'affectivité pure. Or l'expérience vient encore ici confirmer la théorie : que prouvent, en effet, la phase d'inquiétude générale décrite au début des délires systématisés et cette modification globale du régime des représentations qui s'objective chez plusieurs de nos malades en

1. Cf. II, p. 242.



idées de dépersonnalisation et d'étrangeté du monde extérieur, sinon un désaccord essentiel de toute la vie consciente avec l'expérience antérieure ?

Il est bien naturel qu'un tel état de la conscience ait un retentissement immédiat sur les réactions affectives et motrices. Tous les états psychiques par lesquels nous passons ont leur tonalité affective, qu'ils tiennent, d'une part, de leurs circonstances objectives, d'autre part et surtout, de l'état cénesthésique sous-jacent, que les circonstances, comme l'annonce d'une bonne ou d'une mauvaise nouvelle, soient intervenues pour le produire ou qu'au contraire il en soit indépendant et relève en fait, uniquement, de nos dispositions organiques. En tout cas, comme la masse cénesthésique passe normalement dans le subconscient, il nous est aisé de mettre au premier plan de la conscience claire les circonstances objectives, réelles ou alléguées, et de trouver alors place, pour notre tonalité affective, dans la série des émotions et des sentiments prévus et catalogués par le langage. Cette place une fois déterminée, les concepts moteurs qu'il convient d'utiliser en l'espèce nous sont spontanément donnés du même coup, et ainsi notre affectivité débouche dans les voies que la collectivité lui a tracées.

Ici il n'en saurait plus être de même : la permanente présence à la conscience claire des masses cénesthésiques rend la tonalité de tous les états de conscience réfractaire à la conceptualisation affective et, parallèlement, toute conceptualisation motrice devient de ce chef impossible. Le recours à des manifestations affectives capricieusement et impulsivement individuelles est une conséquence nécessaire de l'atypie des états de conscience morbides. Ainsi se constituent ces ensembles déconcertants de réactions affectivo-motrices, où il faut donc voir le signe d'une véritable anarchie psychique, d'une véritable révolte de la conscience individuelle contre les agencements collectifs<sup>1</sup>.

1. Cf. II, p. 151 et 242.

Mais une distinction est ici indispensable. De nos concepts moteurs, les uns intéressent la mimique, les attitudes et les mouvements, qui fournissent une objectivation immédiate et directe aux états et aux concepts affectifs ; les autres règlent les déterminations complexes de notre conduite et supposent, entre nos états d'âme et leur déploiement moteur, une intervention plus ou moins prolongée de la réflexion, qui, les pénétrant d'universalité et de raison, les distribue en concepts discursifs, les ordonne en jugements et prête ainsi au passage à l'action du moins les apparences d'une délibération logique. Ainsi, tandis que les modifications de l'humeur retentissent sans délai sur la mimique et les manières d'être et teintent d'une nuance *sui generis* l'ensemble d'une conduite par ailleurs normale, comme il arrive quand notre état physique ou moral nous fait aborder avec plus ou moins d'entrain notre tâche quotidienne, il faut le plus souvent, pour que la conduite même soit modifiée, que les modifications de l'humeur, non contentes de troubler le jeu des concepts affectifs, entraînent un bouleversement parallèle du régime des représentations et ferment l'accès des concepts moteurs, aboutissants normaux des délibérations volontaires. D'où vient que, dans les manifestations morbides, entre les troubles généraux de l'humeur et les troubles systématiques de la conduite, s'intercalent en général des troubles intellectuels proprement dits.

Mais cet ordre n'est, dans la conscience morbide, qu'un reflet que le malade subit ou qu'une projection que l'observateur pratique, de l'ordre idéal de la conscience socialisée. C'est de l'homme abstrait qui fut trop longtemps l'objet de la psychologie, qu'il est surtout vrai de dire que ses états d'âme s'épanouissent en concepts affectifs et affectivo-moteurs, puis en représentations et en jugements, enfin en actes volontaires, se répondant tous, point par point, en nature et en intensité. En fait, même nos consciences socialisées atteignent rarement à cette parfaite organisation, à cette étroite continuité des modes sous lesquels elles apparaissent à

elles-mêmes et à autrui ; mais elles s'en sont fait un idéal logique et moral à la fois.

Au sein de la conscience morbide la continuité est dans le trouble, mais non dans les manifestations. La continuité est dans le trouble, parce que, qu'il s'agisse d'objectivation affective, discursive ou motrice, la masse cénesthésique du psychologique pur étant à chaque moment présente à la conscience claire, la fragmentation des états mentaux en éléments impersonnalisés cesse d'être spontanément possible et nos concepts affectifs, discursifs ou moteurs ne trouvent plus leur emploi. Mais, en revanche, les manifestations perdent beaucoup de leur subordination réciproque, parce que chez le normal la continuité en vient pour ainsi dire du dehors, de la continuité réalisée par la collectivité entre ces différents ordres de concepts qui ne conviennent plus ici. C'est ainsi que, malgré notre répugnance, il nous faut souvent renoncer à établir entre les actes morbides et les idées délirantes un autre parallélisme qu'un parallélisme global et vague de nature et d'intensité, quand les faits ne vont pas jusqu'à substituer, comme dans les cas de paradoxe moteur, entre les motifs allégués et les comportements, la contradiction à la continuité<sup>1</sup>.

Ailleurs le trouble paraît sauter une étape schématicquement indispensable et le désordre affectif engendrer directement le désordre moteur, sans modifier sensiblement le régime intellectuel : entre l'élan affectif et l'éclatement moteur l'étalement discursif correspondant semble à peu près faire défaut. C'est à ce propos que dans l'observation d'Adrienne nous avons parlé de délire affectif et de délire moteur, expressions que la notion des concepts affectifs et moteurs contribue maintenant à légitimer. Nous avons donné en leur lieu<sup>2</sup> les raisons qui nous ont fait admettre que, chez Adrienne, le régime

1. Cf. II, p. 152.

2. Cf. II, p. 153 et 164.

conceptuel était également, malgré l'apparence, profondément troublé et que, s'il n'y paraissait pas davantage, c'est que la souplesse et l'élasticité de notre langage lui permettent de recouvrir grossièrement, en même temps que les représentations collectives normales, des représentations notablement différentes. Si rapide que soit le passage entre le sentiment et l'acte morbides, à moins qu'il ne s'agisse d'une impulsion aveugle, il ne se peut qu'une représentation n'intervienne pas et qu'elle ne soit elle-même troublée, puisqu'elle porte la marque de ce trouble sur sa face affective et sur sa face motrice. Notre hypothèse nous en apporte la raison en nous montrant le trouble morbide installé au centre même de la conscience.

S'il ne se manifeste pas dans toutes les directions avec la même intensité, c'est d'abord que le parallélisme exact de tous les ordres de manifestations a pour condition cette organisation conceptuelle, dont nous supposons la conscience morbide incapable ; mais c'est aussi que la conscience morbide, pour se plier aux nécessités de l'objectivation, est obligée de renoncer à sa primitive diffusion et de situer son trouble en certains des fragments en lesquels elle se décompose. Dans ces conditions, de même que, pour s'organiser intellectuellement vaille que vaille, entre une foule de directions délirantes elle en choisira une de préférence et semblera partout ailleurs, si on n'y prête une attention qu'il faut souvent minutieuse, s'accommoder de notre régime conceptuel, de même entre les trois grands ordres de manifestations de l'activité mentale, il lui arrive, pour objectiver son trouble, d'en élire un ou deux et de paraître ainsi ne pas toucher au reste <sup>1</sup>.

Mais, en même temps, le fantôme de l'ordre et de la continuité normale des manifestations psychiques ne cesse pas d'obséder la conscience devenue morbide. D'où les justifications que les malades entreprennent, après coup, de leurs

1. Cf. II, p. 153, 204 et 240.

actes et de leur conduite et, surtout, les conséquences pratiques qu'ils déduisent logiquement de leurs convictions délirantes et qu'ils insèrent à point nommé dans leurs comportements pour démontrer le bien-fondé de leurs allégations<sup>1</sup>.

Une fois donc que le trouble morbide a explosé à son gré dans toutes les directions, le souvenir de notre logique peut intervenir pour faire un tout de ces matériaux épars et y ajouter, si besoin, les pièces, les joints et le ciment nécessaires. De là, vient peut-être, ce que les manifestations morbides semblent quelquefois avoir de concerté et de théâtral. Ce que nos malades nous ont paru avoir de mythomane est ainsi, au moins en certains cas, ce qu'ils ont sans doute de plus normal.

A l'égard des réactions intellectuelles, il est, dans notre hypothèse, un point capital qu'il importe de mettre dès l'abord en lumière. S'il est vrai que le trouble intéresse tout l'ensemble de la vie mentale, s'il est vrai que, du fait de la permanente présence des masses cénesthésiques, une irréductible subjectivité soit le caractère essentiel des états de conscience morbides, l'antagonisme est évident entre cette diffusion et cette subjectivité, d'une part, et, d'autre part, les nécessités de l'expression discursive. Il n'y a pas en effet d'expression discursive sans, au moins, le simulacre d'une expérience collective. Or toute expérience collective nécessite la fragmentation de la vie consciente en éléments discrets et rigides, conçus comme indépendants du milieu psychique dont ils font partie et comme susceptibles de réapparaître identiques à eux-mêmes en des circonstances nouvelles et jusque dans d'autres consciences, éléments que les termes du langage expriment ou entre lesquels ils marquent le glissement de la pensée.

Quand la conscience morbide s'efforce à s'objectiver en

1. Cf. II, p. 151 et 154.



mots, son trouble tend à devenir un de ces éléments, une sorte d'attribut qu'elle affirme, successivement, du reste de son contenu. La conscience discursive ne saurait en effet traduire instantanément l'ensemble de la vie psychique. Il se déploie et s'étale pour elle en une série de moments distincts, à chacun desquels le trouble morbide, quand il existe, ne peut être envisagé que du point de vue qui précisément alors occupe tout entier l'attention. Si, comme il est de règle, certains de ces points de vue, en vertu de circonstances plus ou moins fortuites, se rappellent à la conscience avec une particulière fréquence, ils acquièrent le privilège de fixer le trouble morbide qui, par une espèce de nécessité de l'expression discursive, se trouve ainsi localisé et déterminé.

Mais, du fait de l'antagonisme que nous venons de signaler, cette définition du trouble morbide ne va ni sans difficultés ni sans contradictions. A l'état normal cet antagonisme existe aussi sans doute, mais le passage au subconscient du psychologique pur lui permet de rester inaperçu. La vie consciente normale aboutit toujours au triomphe de la conscience abstraite et socialisée. Dans la conscience morbide ce triomphe est impossible. L'élan qui la porte, comme les nôtres, à s'objectiver et à s'extérioriser en une somme d'éléments impersonnels est, en effet, sans cesse contrarié par les conditions même de son existence et les exigences de sa nature. A peine a-t-elle dressé entre ses états la barrière des concepts que leur mobile et fuyante subjectivité se fait un jeu de les franchir. Si, pour prendre connaissance d'elle-même et pour se parler à autrui, elle éprouve un irrésistible besoin de faire appel à une expérience, la permanente présence en son sein du psychologique pur la rend incapable, à la fois, de se conformer à la nôtre et d'en constituer l'équivalent par ses propres moyens, puisque les cadres qu'elle imagine ne sauraient atteindre à cette universelle validité, qui vient à nos concepts, nous l'avons vu, non des ingénieuses élaborations

tions des activités individuelles, mais du milieu collectif qui nous les a imposés.

Si la diffusion du trouble au sein de la conscience morbide et la subjectivité de ses états l'emportent momentanément sur les nécessités de l'expression discursive, le langage, réduit à n'être plus qu'un cas particulier parmi les réactions motrices, présente une inintelligibilité massive : sous les agglutinations verbales qui le composent, il ne nous est plus possible d'imaginer quoi que ce soit qui réponde pour nous à une pensée. De cet état significatif du langage nos observations nous ont fourni quelques exemples<sup>1</sup>. Mais il ne se produit que par paroxysmes et ce sont, en général, les nécessités de l'expression discursive qui se montrent relativement les plus fortes. Il en résulte pour l'inintelligibilité que nous venons de constater une sorte de dégradation. Le contenu de la conscience morbide, en effet, s'efforce alors naturellement de se distribuer et de s'organiser du mieux qu'il peut. Ou cet effort le porte vers les cadres anciens qui ne peuvent plus lui convenir, et la conscience morbide s'immobilise, pour ainsi dire, dans le doute et l'anxiété, dans l'angoisse et le mystère. Ou cet effort aboutit à imaginer des cadres nouveaux pour une situation mentale nouvelle, et le seuil des délires est désormais franchi. A l'angoisse du mystère initial se substitue partiellement la conviction douloureuse des justifications et des explications qui en sont données ; mais elles gardent toujours quelque chose de l'ineffable désordre dont elles sont issues et, sous le voile d'interprétations qui la recouvre, l'angoisse primitive ne laisse pas de percer, si transposée qu'elle soit dans le ton des obscures élaborations dont elle a été l'origine. C'est ainsi que nous avons vu d'amples délires se résumer, le mieux et le plus exactement, en quelques notes affectives où nous avons senti comme le souvenir du mystère originel<sup>2</sup>.

1. Cf. II, p. 162.

2. Cf. II, p. 245.

La conscience morbide ne se pliant pas aux conditions de l'expérience collective et toute démarche discursive nécessitant cependant l'utilisation d'une expérience, la question se pose de savoir comment et par quels moyens se constituent ces sortes d'expériences morbides que sont par définition les délires. Etant donnée l'impuissance où est une conscience individuelle de fournir à elle seule les matériaux d'une expérience, la conscience morbide ne peut aboutir aux délires qu'en faisant partiellement appel à ses souvenirs de conscience socialisée. Et c'est bien de la sorte qu'elle semble en effet opérer.

C'est ainsi que nous l'avons vue d'abord utiliser, en apparence, des notions familières, empruntées à notre expérience collective. Séparée de tout son contexte morbide, la notion de maladie, chère à Adrienne, n'a rien d'une idée délirante. Mais, des manifestations affectives et motrices qui lui font cortège, des commentaires qui en sont fournis, du caractère *sui generis* qui lui est reconnu, se dégage très nettement l'impression que cette maladie n'a plus rien d'analogue aux nôtres. Notre concept est ici monstrueusement déformé et démesurément élargi : le trouble morbide, en diffusant à travers la conscience, ne parvient à s'abriter derrière lui et à y trouver son expression qu'à condition de le faire participer à ses envahissements. Donc malgré la banalité relative des termes employés et de leur déploiement discursif, malgré l'absence de grossiers paralogismes et de grossières modifications de notre expérience, il y a là véritablement une sorte d'hypertrophie conceptuelle. La collectivité a eu beau fournir les cadres : ils sont utilisés de manière à ne plus s'harmoniser avec les nôtres. De sa rencontre avec la conscience morbide notre expérience sort intimement bouleversée. Peu importe que les effets de ce bouleversement s'évanouissent, pour ainsi dire, au seuil de l'expression discursive, celle-ci peut ne pas être brutalement délirante, le délire n'en existe pas moins. Il ne saurait plus être mis en doute, quand il s'est développé également dans une autre

voie et que la maladie alléguée trouve son explication, comme chez Fernande, dans un système d'actions et d'influences inintelligibles pour nous.

L'appel à notre expérience collective peut revêtir des formes dialectiques plus subtiles. La vie consciente socialisée, à laquelle elle a été primitivement mêlée, est conçue, même par la conscience morbide, comme la vie consciente normale. Sans doute la présence permanente du psychologique pur rend tous ses états irréductibles aux cadres antérieurs. Mais il n'est rien qui ne soit comparable à rien, finalement au moins comme à son contraire. Donc, du moment que ses états sont sentis, par la conscience morbide, irréductiblement autres qu'ils n'étaient pour la conscience socialisée, il faut qu'ils aient éprouvé quelque changement, et, comme la vie consciente socialisée constitue le type de la conscience normale, le sens de ce changement est donné du même coup : il ne saurait être du moins au plus, mais uniquement du plus au moins ; relatif ou absolu, il faut qu'il soit disparition et négation ou tout au moins transformation et dégradation. Et ainsi, c'est par comparaison à l'expérience collective, que, pour les états nouveaux de la conscience, s'établissent les cadres négateurs<sup>1</sup>. Sous l'influence de notions pratiques ou religieuses ce travail d'élaboration conceptuelle peut se continuer et aux notions de transformation et de négation ajouter une définition de leur nature : ainsi prennent naissance, fugitives comme chez Fernande ou permanentes comme chez Dorothee, les idées de mort ou d'immortalité. Mais les oscillations que nous avons signalées entre ces deux idées, l'emploi successif ou simultané qui en est fait indifféremment, témoignent de leur équivalence conceptuelle qui, scandaleuse d'abord pour nous, ne nous devient à peu près intelligible que quand nous les ramenons à l'essentielle transformation qu'elles tentent d'interpréter, en faisant appel à des états dont nous n'avons

1. Cf. II, p. 186.

pas l'expérience, mais qui ont ce caractère commun de se présenter à nous comme autant de transformations ou de négations de notre existence humaine<sup>1</sup>.

Mais, si les états ainsi définis de la conscience morbide échappent à la conscience socialisée, à l'expérience collective et à ses modes normaux de catégorisation, ils sont en fait toujours présents tout entiers à l'expérience individuelle, riches tant de ce qui, chez le normal, se détacherait d'eux pour se subsumer sous les concepts, que des masses psychologiques pures, actuellement rebelles à s'abimer dans l'inconscient. D'où les multiples contradictions que nous avons constatées. Les idées de transformation et de négation tiennent leur valeur non des exigences collectives et des impératifs logiques de la pensée normale, mais du trouble subjectif et des caprices de son évolution. Elles oscillent au gré de son intensité, alternant entre elles ou s'offrant même simultanément à l'observation, la contradiction qui est en elles s'évanouissant devant la contradiction qui existe entre la conscience morbide et la conscience socialisée<sup>2</sup>. Les états de la conscience morbide se présentent à elle-même, prise dans ses souvenirs de conscience socialisée, comme reconnaissables et méconnaissables à la fois : reconnaissables, parce qu'ils contiennent tout ce que contiennent les états normaux normalement conceptualisables ; méconnaissables, parce qu'ils comportent des éléments psychologiques purs, que les états normaux éliminent.

Telles sont les conditions mentales dans lesquelles le paradoxe affectif<sup>3</sup> nous paraît prendre naissance. L'irréductibilité des états affectifs morbides à l'expérience conceptuelle entraîne, selon le processus que nous venons d'indiquer, la négation de la sensibilité physique et morale. Quand le malade fait effort de réflexion et d'analyse, comme il ne

1. Cf. II, p. 195.

2. Cf. II, p. 190.

3. Cf. II, p. 156, 187 et suivantes.



trouve plus dans sa conscience rien de pleinement adéquat à nos impressions physiques, à nos plaisirs et à nos peines, et comme, à ses propres yeux, ces impressions, ces plaisirs et ces peines, tels qu'il les a antérieurement conçus avec nous, constituent toutes les formes normalement imaginables de la sensibilité, il en conclut que ce qu'il éprouve n'a plus rien à voir avec ce qu'il a éprouvé et qu'il est anesthésié physiquement et moralement.

Mais, en même temps, ses états affectifs morbides sont à sa conscience d'une évidence non plus conceptuelle, mais vivante; et non seulement cette vitalité affective se communique à ses réactions et à sa conduite et installe la contradiction entre les comportements et les convictions délirantes, mais encore elle se traduit dans le langage même, quand, distrait pour ainsi dire de la théorie par la pratique, le malade se contente de parler spontanément ses états au lieu de les analyser. Alors, sous la poussée du besoin d'objectivation, ce qu'il y a de commun entre ces états et les nôtres, leur matière conceptuelle sous-jacente, emporte et projette au dehors les termes correspondants, quitte ensuite au malade à se reprendre et à revenir sur ses déclarations, quand, retournant à ses méditations et à son système, il ressaisit l'irréductible originalité du contenu de sa conscience individuelle. De ce point de vue il n'est pas jusqu'aux moments successifs de l'expression discursive qui ne deviennent eux-mêmes contradictoires entre eux<sup>1</sup>.

Ainsi les états affectifs morbides sont bien vécus comme tels, mais ils ne peuvent trouver place à demeure dans les cadres collectifs et, par conséquent, apparaissent au malade différents, inférieurs et même inexistants par rapport aux états affectifs normaux, estampillés, pour ainsi dire, et garantis par la conscience socialisée. Enfin la conscience morbide a beau faire, comme nous venons de

1. Cf. II, p. 159, 193 et 201.

voir, de nos cadres conceptuels l'emploi le plus paradoxal ; même en niant de ses états présents ce qu'elle affirmait de ses états passés, elle n'arrive pas, vu leur nature, à se les définir beaucoup mieux et à jeter sur eux cette lumière conceptuelle, sans laquelle il n'est pour nous dans notre vie psychique ni assurance ni clarté. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner si le sentiment d'angoisse et de mystère, dont toute cette dialectique délirante est issue, à travers et malgré elle, persiste à la conscience morbide<sup>1</sup>.

Donc dépersonnalisation physique et morale, étrangeté du monde extérieur trouvent, selon nous, leur explication dans l'illusion bienfaisante où vit l'humanité sur la nature de la vie consciente. La conscience socialisée lui apparaît comme constituant toute la conscience individuelle, alors qu'elle n'est qu'une sélection et une abstraction opérées dans son sein. Or les cadres collectifs, dans lesquels se meut librement la conscience socialisée, ne s'appliquent plus aux états irréductiblement individuels de la conscience morbide. D'où l'erreur dans laquelle tombent les malades : ils sont amenés, par comparaison, à considérer comme inexistants des états dont la richesse proprement psychologique est en réalité plus grande que celle des états de la conscience socialisée, qui trouve précisément dans l'élimination du psychologique pur la condition de sa solidité, de sa fixité et de son utilité pratique.

M. Janet, dans la séduisante et ingénieuse théorie qu'il a proposée des états psychasthéniques, admet, comme nous, que « la manière dont fonctionnait autrefois notre pensée » joue un rôle essentiel dans l'interprétation que les malades donnent de leur état. Mais, et c'est par là que nous nous séparons de lui, il estime que l'étrangeté du monde extérieur<sup>2</sup> et la dépersonnalisation<sup>3</sup> rentrent dans le groupe des

1. Cf. II, p. 244.

2. *Les Obsessions et la Psychasthénie*, p. 545.

3. *Idem*, p. 282.

4. *Idem*, p. 315.

sentiments d'incomplétude, l'incomplétude étant « le caractère inachevé, insuffisant, incomplet » que les sujets « attribuent à tous leurs phénomènes psychologiques <sup>1</sup> ». La psychasthénie, à laquelle il rattache l'ensemble de ces troubles, se caractérise tout entière, selon lui, par « un sentiment plus ou moins général, plus ou moins profond, plus ou moins permanent d'incomplétude psychologique <sup>2</sup> », et ce sentiment est « déterminé par une imperfection psychologique réelle <sup>3</sup> ». L'activité mentale des malades « présente en effet un certain nombre de lacunes qui jusqu'à un certain point justifient ce sentiment d'incomplétude <sup>4</sup> ». Ces lacunes trouvent, on le sait, leur expression suprême dans la perte de la fonction du réel : les dépersonnalisés, par exemple, « ont conservé toutes leurs fonctions psychologiques, mais ils ont perdu le sentiment que nous avons toujours, à tort ou à raison, c'est d'être réels, de faire partie de la réalité du monde <sup>5</sup> ». Cette perte du sentiment du réel tient elle-même à un abaissement de la tension psychologique. On comprend, dans ces conditions, que M. Janet compte parmi les trois grands facteurs du sentiment d'incomplétude « la réduction de la complexité mentale, du nombre des éléments... qui remplissent d'ordinaire la conscience et qui nous donnent le sentiment de la réalité et du présent <sup>6</sup> ».

C'est que pour M. Janet l'activité mentale tire tout de son propre sein et que rien d'essentiel et d'irremplaçable ne nous vient du dehors et de notre milieu social. Lors donc que notre activité n'a plus son rendement normal, il faut bien lui supposer quelque part quelque défaillance et, pour rendre compte de l'étrangeté du monde extérieur et de la dépersonnalisation, tout comme les tenants des théories

1. *Idem*, p. 264.

2. *Idem*, p. 428.

3. *Idem*, p. 429.

4. *Idem*, p. 431.

5. *Idem*, p. 433.

6. *Idem*, p. 545.

physiologiques qui expliquent ces états par l'hypothétique disparition de certaines sensations élémentaires ou l'hypothétique inhibition des centres cénesthésiques, M. Janet se trouve naturellement obligé d'invoquer l'existence d'un déficit psychique, tout en le comprenant sans doute autrement, et en le portant au bilan, non des éléments eux-mêmes, mais de leur synthèse mentale.

Mais la fonction du réel, dans l'exercice de laquelle, selon M. Janet, l'activité consciente atteint son apogée, ne nous paraît pas, de sa nature, purement et uniquement psychologique et individuelle. Le réel, qu'appréhende notre expérience et où se fonde et se meut notre action, est objectif, et il est objectif non seulement au sens d'extérieur à nous, car alors nos états psychiques se trouveraient n'en pas faire partie, mais aussi et surtout au sens de valable pour tous et, par conséquent, d'impersonnel. Ainsi, de même que nous ne croyons un objet réel que pour autant que la perception que nous en avons s'est localisée dans l'espace homogène, de manière à y être nécessairement accessible aux autres hommes, de même nos états mentaux ne nous apparaissent comme réels que pour autant qu'ils se sont dégagés de leurs adhérences individuelles, pour s'ordonner dans un espace psychologique homogène, où il devient indifférent que sensations, représentations, sentiments ou idées soient situés ici plutôt que là, dans une conscience ou dans une autre. Autrement, en effet, toute action réfléchie serait impossible parmi les hommes, car nous serions à chaque fois en présence d'une situation nouvelle et imprévisible, et la spéculation psychologique, telle qu'elle a toujours été couramment pratiquée, n'aurait pu songer à étudier les états mentaux indépendamment, pour ainsi dire, des consciences particulières dans lesquelles ils se réalisent et n'aurait pas eu où se fonder.

Les réalités, tant intérieures qu'extérieures, se détachent donc des consciences individuelles sous formes de cou-

pons objectifs, payables à la banque des concepts et de l'action. Mais il est bien difficile d'admettre, comme nous avons vu, que le pointillé selon lequel ces coupons se détachent soit l'œuvre spontanée des initiatives individuelles, car le tracé en varie non pas avec les individus, mais avec les civilisations et les sociétés. Naturellement il s'agit moins ici de nos perceptions brutes, dont c'est un problème de savoir si elles ont jamais constitué à elles seules un état de conscience, que des systèmes d'affirmations physiques ou métaphysiques et d'impératifs pratiques, dans lesquels elles sont à ce point insérées qu'elles n'existent pas pour nous sans eux. Des faits comme la raréfaction des miracles et le mouvement spirite contemporain sont très significatifs à cet égard. Les miracles se sont de plus en plus espacés à mesure que la notion même de miracle perdait davantage de terrain et les spirites ambitionnent de faire passer la lévitation ou la télépathie de l'antichambre dans les salons de l'expérience, tant ils se rendent compte qu'il faut que des faits soient d'abord pratiquement acceptés pour être généralement perçus.

La fonction du réel nous apparaît ainsi sous un autre jour : elle suppose l'intervention de l'intelligence et de l'activité réfléchie, autrement dit du langage et des concepts moteurs, et relève, par conséquent, d'un facteur nouveau qui est le facteur collectif. L'homme n'est pas double seulement, il est triple ; il n'est pas seulement réalité physiologique et réalité psychique, il est encore réalité sociale. Et il est bien évident que, de même qu'on ne saurait supposer d'existence psychologique sans existence physiologique, on ne saurait imaginer d'existence sociale sans réalité psychique sous-jacente. Mais il n'en résulte ni que le physiologique explique et produise le psychologique ni que le psychologique produise et explique le sociologique. Donnez-vous tous les agencements physiologiques possibles, vous ne vous donnez pas du même coup une pensée ; donnez-vous toutes les consciences individuelles possibles, avec tout ce que, d'elles-



mêmes, elles peuvent isolément atteindre, vous n'obtiendrez ni une société, ni des états collectifs. Pour étroitement unies qu'elles soient, dans l'individu humain, ces trois réalités n'en sont donc pas moins d'ordre différent et incomparables entre elles. Des deux formes de la vie mentale, la conscience psychologique ou individuelle pure et la conscience socialisée, rien par conséquent ne permet de dire que l'une est inférieure ou supérieure à l'autre ou que l'avortement de la seconde suppose que la première a perdu quelque chose de sa complexité et de son activité propres.

De ce que le vin est incapable de servir aux mêmes fins que l'alcool, nul ne songe à conclure qu'il lui est pour cela inférieur, car, si l'alcool a ses propriétés, le vin aussi a les siennes, qui ne sont pas moins réelles ; ou qu'il offre une moindre complexité, car c'est précisément à sa complexité moléculaire qu'il doit de ne pas avoir les vertus de l'alcool, qui entre cependant dans sa composition. La conscience normale est l'alambic où l'alcool collectif s'extrait du vin individuel. Si la distillation est parfaite, les résidus sont éliminés et recueillis dans l'infra-conscience ; si l'appareil fonctionne mal, le produit se charge d'impuretés, qui en modifient le bouquet et, de son propre point de vue, en diminuent la valeur. Dans ces conditions, quand la fonction du réel de M. Janet se trouve inhibée, c'est que, des réalités psychologiques individuelles, ne parviennent plus à se dégager les réalités collectives ; mais les réalités psychologiques n'ont pour cela rien perdu de leur complexité, puisque c'est signe, au contraire, qu'elles sont devenues incapables d'une distillation normale et complète.

Une telle manière de voir vient heureusement couper court à certaines subtilités auxquelles aboutissent les théories psychasthéniques. M. Oesterreich<sup>1</sup>, par exemple, qui a

1. L. c. III<sup>e</sup> P. *La Dépersonnalisation*, 4<sup>e</sup> l'état émotionnel. Oesterreich rattache l'étrangeté du monde extérieur et la dépersonnalisation à l'inhibition des Gefühle, phénomènes psychologiques *sui generis*, distincts radicalement des impressions sensorielles et cénesthésiques, pu-

manifestement subi l'influence des théories de M. Janet, considère que l'étrangeté du monde extérieur et la dépersonnalisation sont dues à une inhibition de la vie affective (*Hemmung der Gefühle*), et, par conséquent, à une diminution de la complexité psychique. Les faits l'obligent cependant à reconnaître que les malades continuent à se plaindre de semblables troubles, même en état d'excitation (*Erregung*) ou d'hyperexcitation (*Uebererregung*) affectives. Les nécessités de sa thèse le forcent à supposer que, même en ce cas, il y a réellement incomplétude, que cette excitation n'est que partielle et ne porte que sur certains composants affectifs, les autres demeurant inhibés, et il se fonde sur des citations de M. Janet lui-même pour soutenir cette coexistence d'hyperthymie et d'hypothymie. Avec nous, plus besoin de jongler ainsi avec les états affectifs et de conjecturer, derrière l'excitation qu'on constate, d'hypothétiques inhibitions. Même en hyperthymie, vu les préventions dont elle se trouve nourrie en faveur de la conscience socialisée, la conscience devenue morbide, si c'est à ce point de vue qu'elle s'arrête pour s'objectiver, est naturellement amenée à mettre en doute l'intensité et même l'existence d'états mentaux qui ne rentrent pas dans les cadres conceptuels et qui se montrent, par conséquent, différents de tous ceux dont son expérience antérieure est faite.

Mais la conscience morbide n'en est pas réduite à ce seul point de vue. Elle peut juger de ses troubles autrement que par simple comparaison avec ses souvenirs de conscience

rement subjectifs, qui accompagnent toute sensation et toute représentation, et par conséquent, à l'athymie. M. Ribot lui objecte avec raison qu'il ne serait pas mauvais de savoir à quoi tient cette inhibition affective (*Problèmes de Psychologie Affective*, p. 28). Comme MM. Dugas et Moutier (*la Dépersonnalisation*, 1911), qui mettent au premier plan l'apathie, comme M. Bernard-Leroy (*Sur l'illusion dite « Dépersonnalisation »*, *Rev. philo.*, 1898, II, 157 ; *IV<sup>e</sup> Congrès Internat. de Psycholog.*, 1900, p. 482) qui invoque un sentiment d'étrangeté, Oesterreich, avec son athymie, a évidemment le tort de ne guère aller, dans la recherche des causes, au delà des déclarations des malades.

socialisée. Il lui arrive de s'attacher à en définir la nature propre ou celle de leur cause, comme quand, par exemple, elle fait appel aux notions de possession et de persécution<sup>1</sup>. Nul ne met alors en doute le caractère délirant des affirmations morbides. Or ce qu'elles présentent de cohérence logique, ce qu'elles conservent de partiellement intelligible à nos yeux, leur vient des cadres collectifs qui, sous l'effort de l'expansion discursive, arrivent encore à y trouver superficiellement emploi. Mais ces cadres collectifs, quand ils sont empruntés à notre système actuel de concepts, sont détournés à ce point de leur utilisation normale qu'il ne peut échapper à personne qu'ils ne répondent plus pour le malade aux mêmes réalités que pour nous : Gabrielle, par exemple, est convaincue d'être enceinte, alors que font défaut chez elle tous les signes objectifs d'une grossesse physiologique. Souvent même, comme nous en avons rencontré des preuves<sup>2</sup>, ils nous introduisent dans le domaine de la magie, des actions suggestives et à distance et des participations mystiques, c'est-à-dire d'états collectifs relevant de civilisations disparues et passés à l'état de fossiles dans les consciences contemporaines ; et leur palingénésie, leur retour au premier plan, leur permanente mise en œuvre nous sont autant de marques du désaccord fondamental qui éloigne la conscience morbide de notre logique et de notre expérience.

Ainsi il n'est pas de délire proprement dit qui n'ait pour tuteur un certain nombre de données collectives ; parce qu'il n'est pas de délire sans expression discursive et pas d'expression discursive sans concepts. Mais l'expérience où nous introduit le délire n'a de collective que l'apparence et le décor verbal ; et l'irréductible individualité du trouble morbide se traduit dans la déconcertante étrangeté de l'emploi ou du choix qui sont faits des cadres collectifs.

1. Cf. II, p. 204.

2. Cf. II, p. 239.

Cependant telle est la puissance des concepts que, pour paradoxale, pour arbitraire, pour contradictoire que soit la manière dont ils sont utilisés, leur présence suffit, d'une part, à mettre notre intelligence en confiance et à lui donner l'illusion d'entrer en contact avec la mentalité morbide, d'autre part, à dissiper aux yeux des malades une partie du mystère dans lequel ils se débattaient et à substituer aux doutes et aux inquiétudes primitives un état de conviction délirante. L'anxiété initiale subit une transformation parallèle : elle cesse d'être l'angoisse inouïe d'un mystère innomé, elle revêt une tonalité affective correspondant aux causes que le délire lui a découvertes, et retrouve donc à peu près son rang parmi les états affectifs classés par la collectivité et notés par le langage<sup>1</sup>. Mais cette conceptualisation affective ne peut manquer de se ressentir de ses origines et sa réalisation ne peut jamais être que précaire, prise qu'elle est entre des causes que notre expérience ignore et des manifestations motrices que notre pratique désavoue. Donc, dans les efforts que le délire fait en tous sens pour s'objectiver, nous ne pouvons, d'une conceptualisation, trouver que le simulacre, condition et résultat à la fois de son expression discursive.

Mais n'oublions pas ce qu'un tel exposé a nécessairement de conventionnel et de factice : il ne peut faire autrement que d'isoler, de classer et de présenter comme distincts et comme successifs des mouvements de pensée en réalité simultanés et parallèles, entre lesquels les circonstances font cliniquement un choix, en imposant de préférence certains aux préoccupations des malades et, par conséquent, à l'attention des observateurs. Si, en effet, notre hypothèse est fondée, dans la conscience morbide le trouble est partout. Sur tous les points, à la fois, où elle se rencontre avec notre expérience, notre logique et notre expression discursive, elle leur est, en fait, inadéquate et se trouve, par conséquent,

1. Cf. II, p. 245.

en imminence de délire. Il faut donc concevoir pour l'activité délirante un stade initial où tous les délires sont, pour ainsi dire, en germe, en attendant les influences contingentes qui orienteront le développement morbide dans telle ou telle direction privilégiée. La localisation et la systématisation viennent au trouble non de sa nature même, mais du fait qu'il se déroule dans le temps, au sein d'une conscience pliée par les nécessités de la pensée claire et de l'expression discursive à se concevoir comme la somme des états, en lesquels, à chaque moment, elle tend à s'absorber et à se matérialiser tout entière. Pour généralisé que soit le trouble à l'ensemble de la conscience, il lui faut bien épouser les formes particulières qu'elle revêt successivement à ses propres yeux et se concentrer avec elle sur les éléments discrets qu'elle distrait de son contenu. Mais une conscience morbide qui échapperait au temps, échapperait aux nécessités qu'il impose à la vie mentale et à son expression discursive, et réaliserait en une espèce d'instantané le déroulement indéfini de ses troubles en toutes les directions à la fois. Dans le monde de notre expérience les délires se contentent de baigner dans une atmosphère de délires avortés et de délires virtuels.

Par là s'expliquent nombre des constatations que nous avons faites à propos de nos malades : l'état d'enveloppement affectif où se rencontrent certaines conceptions délirantes<sup>1</sup>; la généralité du polymorphisme et des intrications délirantes, l'existence de poussées délirantes avortées étant la règle et l'unification parfaite, au contraire, l'exception<sup>2</sup>; les connexions qui se réalisent entre certaines idées délirantes, telles que les idées de dépersonnalisation et de possession, fournissant d'un même trouble des interprétations parallèles; les inclusions délirantes, des idées de possession, par exemple, au sein des idées de persécution<sup>3</sup>; le

1. Cf. II, p. 190.

2. Cf. II, p. 177 et 209.

3. Cf. II, p. 208.



manque d'unité logique des diverses poussées délirantes et leur cohérence intime, vivante et vécue, le mouvement dialectique qui conduit des unes aux autres étant, quand il existe, secondaire et imité de notre logique<sup>1</sup>. Enfin, peut-être, sommes-nous maintenant mieux en état de nous expliquer pourquoi l'absurdité d'un délire ne saurait jamais être, à elle seule, symptomatique de débilité mentale ou de démence : si extravagant que se fasse un délire dans son expression discursive, il ne saurait égaler en intensité de scandale logique le trouble morbide même où tous les délires ont leur origine<sup>2</sup>.

L'antagonisme, que nous avons signalé entre les caractères du trouble morbide et les nécessités de l'expression discursive, fait ses preuves non seulement dans l'ensemble des formations délirantes, mais encore dans le détail des jugements et des concepts pathologiques. La présence permanente des masses cénesthésiques à la conscience morbide réalise entre ses états une hétérogénéité, à la fois, et une continuité telles que tous sont différents, puisque chacun a sa coloration propre, mais que tous se ressemblent, puisque tous baignent dans la même atmosphère de psychologique pur. Leur continuité les rend malaisés à détacher les uns des autres et leur hétérogénéité contrarie leur mise en série et leur classification. Dans ces conditions, il est bien naturel que la poussée morbide ne s'adapte pas aux modes différenciés de notre expérience et forme bloc, par exemple, comme nous avons vu, de la dépersonnalisation physique et morale et de l'étrangeté du monde extérieur<sup>3</sup>.

De même, comme le plein exercice de la mémoire, de l'intelligence, de la raison et de l'activité volontaire, comme la claire conscience de notre personnalité supposent une hiérarchisation conceptuelle de l'ensemble de nos états

1. Cf. II, p. 210.

2. Cf. II, p. 177.

3. Cf. II, p. 194.

d'âme, il n'y a pas lieu, non plus, de s'étonner si, en pareil cas, les malades se plaignent de la diminution de leur intelligence et de leur mémoire, craignent de perdre la raison, déclarent agir en automates et sentir comme deux personnes en eux<sup>1</sup>. En effet, pris que nous sommes par notre conscience socialisée dans le réseau de l'expérience collective, dupes de l'image systématiquement déformée que le miroir social nous fournit de notre vie psychologique, nous ne tenons notre volonté pour libre, notre personnalité pour réelle, notre intelligence, notre raison et notre mémoire pour effectives et efficientes que lorsque nos actions, nos sentiments, nos pensées, nos perceptions et nos souvenirs se montrent spontanément susceptibles de conceptualisation. La continuité et l'hétérogénéité des états mentaux morbides se heurtent donc au besoin où est toute conscience de se limiter et de se stabiliser pour se comprendre et s'exprimer.

Toute conscience claire, qu'elle opère dans le normal ou dans le pathologique, répugne à la diffusion et, d'où qu'elle tienne ce caractère, il faut bien du moins reconnaître qu'il en est ainsi d'elle à l'état normal et qu'à l'état morbide le souvenir obsédant de ce qu'elle était normalement lui est une seconde nature. Nos émotions, par exemple, quelles qu'elles soient, tendent naturellement à se chercher et à se trouver des causes auxquelles elles puissent se fixer ; de même l'anxiété morbide, diffuse à travers toute la conscience, tend à se concentrer et à se localiser en préoccupations définies. C'est ainsi que nous avons vu, chez Adrienne, dans le passé sa peur, dans le présent ses troubles gastriques, dans l'avenir ses inquiétudes au sujet de sa famille constituer pour son indécise angoisse autant de foyers isolés et distincts de cristallisation discursive.

Aussi les besoins de la conscience claire et de l'objectivation conceptuelle introduisent-ils une discontinuité pas-

1. Cf. II, p. 187 et 204.

sagère au sein de la masse morbide. Le malade n'a pas oublié que moi, corps et choses sont trois divisions essentielles de l'expérience et il ne peut, non plus, brutalement, se soustraire à la consécration que cette division a reçue du langage : quand il parle du changement qu'ont subis ses états, il le localise donc, suivant l'occurrence, à son moi, à son corps ou aux choses. Mais le même trouble est en réalité présent à la fois dans les trois domaines ; les trois expressions qui nous en sont données ne doivent pas nous faire illusion, elles ne nous mettent pas en face de trois états distincts, isolés et indépendants, elles sont, au contraire, pratiquement synonymes. La preuve en est que très souvent elles se continuent et se prolongent les unes les autres, que le malade ne se lasse pas d'en parcourir la série et qu'il les utilise successivement, au mieux des circonstances et selon les besoins, toutes marques de la diffusion réelle du trouble derrière son apparente détermination conceptuelle et discursive <sup>1</sup>.

Il arrive aussi, il est vrai, que de contingentes influences ou une préoccupation plus aiguë de notre logique cantonnent le trouble plus particulièrement en l'un de ces trois domaines. Dorothee et Fernande sont, par exemple, avant tout des dépersonnalisées, l'étrangeté du monde extérieur demeurant chez elles embryonnaire. Mais le souci de notre logique, lesté de la sourde continuité de l'état morbide, les conduit à un autre désastre : elles ne voient plus leur corps comme autrefois et il ne fournit plus les mêmes images visuelles à des yeux pour lesquels aucun autre objet n'a changé. Alors donc même que la conscience morbide semble le plus se plier à la discontinuité de notre expérience, le paradoxe dans lequel elle vit fausse l'emploi qu'elle essaye de notre logique et démontre ainsi le malaise qu'elle éprouve devant les conditions normales de la pensée.

Plus manifestes encore sont les effets de la continuité que

1. Cf. II, p. 198.

le trouble morbide réalise entre les états de conscience que nous jugeons les plus distincts. Dans de telles conditions les états deviennent en effet irréductibles à l'expérience antérieure et rebelles à l'expression discursive. Le malade ne sait plus si ce qu'il éprouve est une peur ou une envie<sup>1</sup>, il utilise indifféremment, pour rendre compte de sa situation, des concepts aussi contradictoires que ceux de mort et d'immortalité<sup>2</sup>, il sent pour des états nouveaux le besoin de catégories nouvelles, telles que nous en avons eu des exemples avec l'horrible de Fernande ou la pensée antagoniste de Berthe. Comme les états de conscience sont tous rentrés en communion intime dans l'unité du trouble morbide, ils se peuvent tous, au gré des circonstances, combiner entre eux. Il leur suffit, quels qu'ils soient, d'être appréhendés ensemble, pour qu'il se sente entre eux quelque chose de commun, et ainsi, comme ils échappent à tout contrôle efficace d'une expérience collective, se constituent ces systèmes d'influences mystiques, ces affrontements de causes et d'effets intelligibles pour nous<sup>3</sup>. Enfin la continuité peut opérer sous le couvert du langage. Le malade nous parle et nous croyons l'entendre, quand tout à coup nous nous rendons compte que, derrière les mots qu'il emploie, ont pris en masse des ensembles que nous avons l'habitude de différencier et s'est réalisée, comme nous avons dit, une véritable symbiose de concepts déconcertante pour nous<sup>4</sup>.

Il n'est pas indifférent que les mots cerveau, tête, cœur, goût, gêne, etc., grâce auxquels il nous a été permis de deviner de telles complexités conceptuelles, appartiennent à un vocabulaire que nous utilisons alternativement pour désigner, au concret, des organes et des états physiologiques et, par métaphore, des faits moraux. S'il est vrai, en effet, que l'existence de l'homme soit triple et qu'il ait une

1. Cf. II, p. 226.

2. Cf. II, p. 195 et 226.

3. Cf. II, p. 239.

4. Cf. II, p. 231 et suivantes.

vie physiologique, une vie psychologique et une vie collective, et s'il est vrai qu'entre son existence physiologique et son existence collective son existence psychologique constitue une sorte de pont, qu'il coupe après l'avoir franchi, la vieille distinction et le vieux problème de l'union de l'âme et du corps sont nés à la conscience des conditions où l'élève sa réalisation conceptuelle et collective, et de l'oubli où elle tombe du psychologique pur, tout chargé de cénesthésie, où vit et frémit cette union. Quand donc la conscience morbide, échouant à se socialiser, s'immobilise ou se débat dans le psychologique pur, si elle est impuissante à s'épanouir valablement dans l'expérience collective, elle retrouve, en revanche, le sentiment direct et profond de ses attaches organiques, et c'est peut-être, et même sans doute, ce sentiment d'une si nouvelle acuité qui s'objective dans les ébauches conceptuelles que nous venons de rappeler, où le psychologique, démuné de son armature collective, semble s'affaïsser sur le physiologique dont il est issu.

Si les efforts que fait la conscience morbide pour se conceptualiser et s'objectiver aboutissent à de tels paradoxes, c'est qu'en chacun de ses états la masse cénesthésique est irréductiblement présente, que chacun d'eux, par conséquent, est fondamentalement individuel et qu'individualité pure et conceptualisation sont nécessairement contradictoires. D'une organisation conceptuelle la conscience morbide ne peut nous offrir qu'une parodie. Alors même qu'elle semble nous emprunter nos concepts, elle ne saurait, de sa nature, en épouser la rigidité collective. L'inconsistance de tout système individuel de concepts, de toute constitution individuelle d'une expérience, à supposer que ces expressions aient un sens, est irrémédiable. L'incohérence et la contradiction ne peuvent pas ne pas régner en maîtresses au sein de la conscience morbide, incohérence et contradiction qui ne l'opposent pas seulement à la conscience socialisée, mais encore qui opposent les unes aux autres ses propres tentatives conceptuelles et discursives. Ainsi notre hypothèse



consacre l'alogisme fondamental qui nous a paru un des traits essentiels de la conscience morbide<sup>1</sup>. Pour voir clair en elle-même et s'exprimer discursivement, il faudrait qu'il fût possible à la conscience morbide d'emprunter des formes collectives, dont le fantôme l'obsède, mais auxquelles toute sa nature répugne.

On ne saurait dès lors s'étonner que le bouleversement de la conscience morbide pénètre, jusqu'en leur détail, le régime de nos perceptions et celui de nos souvenirs. Qu'est-il, en effet, de plus impersonnel que le temps et l'espace homogènes, lieux de tous les objets de notre expérience ou de toute notre vie mentale ? Temps et espace homogènes sont le milieu objectif où vit, pense et agit la conscience claire, les conditions indispensables de l'exercice de l'intelligence. On ne saurait concevoir comment l'activité psychique individuelle pourrait par ses propres moyens aboutir à constituer ces notions. Autant vaudrait admettre que les organismes peuvent se créer à eux-mêmes leur propre milieu. Du reste la preuve en est faite : nulle démonstration, partant des éléments discrets de la conscience, n'a jamais été donnée de la genèse de l'espace et du temps, qui n'en suppose préalablement l'existence, toute cette fragmentation de la vie consciente étant en réalité inintelligible sans eux. Or, s'il est vrai qu'il soit légitime d'établir une certaine synonymie entre l'intelligence et la société, les nécessités intellectuelles que sont pour la conscience claire le temps et l'espace deviennent, d'un autre point de vue, des nécessités collectives.

Etant données les exigences de la vie sociale, il était inévitable que tous les états des consciences particulières, toutes les réalités auxquelles elles se heurtent vinsent s'inscrire, dans un même plan, par rapport à une absisse et une ordonnée qui leur fussent communes à toutes,

1. Cf. II, p. 210 et 240.

et de là résultent les insurmontables difficultés du problème du temps et de l'espace, quand on le pose en termes purement psychologiques, puisque, comme nous ne saurions assez le répéter, ce qui est commun à tous ne peut être l'œuvre isolée de chacun et suppose toujours, pour une part difficilement déterminable, l'action sur l'individu de la collectivité dont il fait partie. Le temps et l'espace ne sont homogènes que parce qu'ils sont impersonnels, et ils ne peuvent être impersonnels que s'ils répondent à des nécessités intellectuelles et collectives, auxquelles l'activité psychique individuelle se plie au point de les confondre avec sa nature propre et ses propres nécessités. Ils jouent donc le même rôle de stabilisation et de fixation collectives que nous avons reconnu aux concepts, au premier rang desquels ils figurent d'ailleurs depuis longtemps, puisqu'Aristote les comptait déjà au nombre des catégories.

S'il est vrai, comme le veut notre hypothèse, qu'une permanente adhérence au psychologique pur soit le caractère fondamental des états de conscience morbides, incapables qu'ils sont de s'impersonnaliser, à l'instar des nôtres, il leur devient impossible de se situer spontanément dans le temps homogène et de se distribuer, suivant le mode normal, de part et d'autre de la ligne de démarcation qui sépare le subjectif, l'inétendu, l'inactuel, l'imaginaire et le possible de l'objectif, de l'étendu et du réel. D'où, chez les malades, une maladresse, une incertitude, une étrangeté dans l'appréhension et le maniement des états d'âme et des choses, qui peuvent aller jusqu'à prendre l'apparence de la confusion mentale<sup>1</sup>, confusion toute de surface, qui ne tient ni à une diminution de l'activité psychique ni à un effacement des notions de temps et d'espace homogènes, mais à l'inadaptation, de celle-là à celles-ci. Cette inadaptation d'ailleurs n'arrête pas là ses effets.

C'est ainsi que, tandis que les moments par où passe la

1. Cf. II, p. 178.

conscience socialisée, ceux par où elle se souvient d'avoir passé, ceux par lesquels elle s'attend à passer encore se distinguent et se distribuent nettement, le long d'une ligne fictive, en regard des divisions conventionnelles et collectives du calendrier, les états morbides, maintenus en continuité par l'opaque atmosphère de psychologique pur dans laquelle ils baignent, en la pressant de leur masse compacte, lourde de tout le passé et grosse de tout l'avenir, restituent à la conscience le sentiment incomparable de la durée vécue, qui ne s'étale plus en une succession symbolique de points facticement immobiles, mais se concentre tout entière dans son mouvement même et dans son progrès. Ce qu'il y a de plus réel dans la notion de temps lui vient d'un tel sentiment subjectif et concret de la durée, veillant pour ainsi dire au seuil de la conscience. Mais si d'aventure il se trouve la franchir, la notion même de temps, au grand dommage de notre activité pratique et sociale et de notre équilibre intellectuel, devient d'une application difficile : son impersonnelle homogénéité rencontre, en effet, alors dans l'irréductible individualité du sentiment de la durée une résistance, dont la conscience, pliée de longue date aux formes collectives, s'étonne comme d'un scandale. Ici comme ailleurs, ce n'est pas dans le sentiment original et inexprimable de l'activité psychologique pure, mais dans la notion universellement utilisable, que les nécessités pratiques et les exigences intellectuelles et collectives lui ont substituée, que la conscience claire se sent à l'aise, se croit chez elle et se trouve à sa place. En elle donc le sentiment de la durée s'efface et s'oblitére devant la notion du temps homogène et, quand, à la conscience morbide, ce sentiment recouvre sa pleine vitalité, c'est cette notion, devenue cependant inopérante, dont le souvenir obsède le malade comme celui de la manière, à la fois, dont la durée est et dont elle doit ou devrait lui apparaître.

Ainsi s'explique que certains malades se plaignent d'avoir perdu la notion du temps. Comme la manière dont

se déroule leur vie consciente ne répond plus à la manière dont ils ont appris à se représenter la succession de leurs états psychiques, comme leur durée individuelle échappe au temps impersonnel et collectif, comme elle n'est plus capable de se fragmenter en moments distincts, indépendants et ordonnés en séries, et qu'elle est, au contraire, prise tout entière en une sorte de coulée affective, où ce qui était jadis tenu pour passé ou pour avenir forme avec le présent un indicible bloc, comme enfin ces distinctions d'ordre spéculatif entre la durée pure et le temps homogène ne sont pas de notion courante et que, même le fussent-elles, la vie n'étant pas affaire de spéculation, la conscience morbide ne songerait pas à y avoir recours pour juger de ses états, il est bien naturel que, de son impuissance à en faire un usage convenable, le malade conclue qu'il a perdu la notion du temps<sup>1</sup>.

Quand il s'essaye, en effet, à distribuer le contenu de sa conscience en souvenirs, en représentations actuelles et en prévisions, quelque chose en ses états résiste, qui les empêche de prendre normalement leurs intervalles le long de la trajectoire qui constitue le temps collectif. Mais force lui est bien, pour exprimer son trouble, de faire appel à cette expérience collective qui fut antérieurement la sienne, à ces concepts auxquels autrefois se subsumaient spontanément ses états. C'est pourquoi il parle de la perte qu'il a faite de la notion du temps ou, encore, de l'éternité qui lui semble séparer son présent de son passé et de son avenir immédiats.

Ces deux modes d'expression apparaissent ainsi comme synonymes : l'éternité est le positif de ce dont la perte de la notion du temps est le négatif. Tout ce que nous sentons et savons, en effet, de l'éternité, c'est qu'elle échappe aux conditions du temps dont nous avons l'expérience. Par conséquent, quand le malade parle des éternités qui sem-

1. Cf. II, p. 217.

blent s'être écoulées entre les moments successifs de sa vie consciente, il ne dit au fond rien de plus que quand il se plaint d'avoir perdu la notion du temps. Mais comme il fait appel à un concept nouveau pour y insérer ses états au lieu de nier simplement que les concepts familiers leur soient applicables, il paraît avoir fait un pas de plus dans la voie des conceptions délirantes. Tant c'est moins par rapport à l'état morbide lui-même que par rapport à notre propre expérience et à ses modes propres d'expression que nous jugeons de l'intensité d'un délire.

Peut-être ne nous avancerons-nous pas trop en admettant que nous touchons ici à une explication plausible des idées d'éternité mélancolique, si souvent contemporaines des idées de négation, dont Dorothée, convaincue à la fois d'être morte et d'être immortelle, nous a fourni un suffisant exemple. Pour contradictoires qu'elles soient entre elles, ces idées offrent, du moins, ce caractère commun d'opposer à l'expérience collective et à ses concepts, comme à leur contraire, les conditions d'existence dont elles tentent l'interprétation, et ce caractère commun semble bien être leur caractère essentiel.

La conscience morbide a beau être réfractaire au temps homogène, l'obsession qu'elle en subit est si forte, le langage qu'elle est forcée d'employer en suppose à ce point l'existence que, quand elle en vient à s'objectiver et à s'exprimer, elle n'entend ni ne peut en faire pratiquement abstraction. Mais, de même que, pour sérier et classer ses états, c'est à une parodie d'organisation conceptuelle que nous l'avons vue recourir, c'est dans un fantôme de temps qu'elle distribue ses souvenirs et ses prévisions.

Une vie consciente tout individuelle est, en effet, tout entière ramassée en elle-même ; le passé et l'avenir n'y existent qu'en fonction du présent, dont ils ne peuvent se déprendre, puisqu'ils lui sont reliés par les vivantes attaches du psychologique pur. Il ne saurait appartenir, dans ces conditions, ni au passé ni à l'avenir d'en ressortir tels que l'un a été ou



que l'autre sera objectivement, car la note affective présente les recouvre et les voile tout entiers. C'est ainsi que, lorsque les craintes morbides se penchent sur l'avenir, le déroulement inoffensif des jours, des mois et même des années ne dissuade point la conscience de son attente désespérée, car c'est son désespoir présent que les nécessités à la fois et les hasards de l'expression discursive ont posé sur son avenir et, tant que ce désespoir dure et persiste dans la même orientation, l'avenir s'obscurcit des présentes épouvantes<sup>1</sup>. De même pour les souvenirs : le présent s'y transporte dans le passé et s'y mêle à ce que furent en fait les événements antérieurs, au point qu'ils finissent par tenir de lui ce que leur réalité semble avoir de plus effectif. Et comme passé et avenir sont tout chargés de présent et qu'ils ne sont plus que des moyens d'expression pour les états actuels, il est bien naturel qu'ils deviennent interchangeables et que, comme chez Dorothée, un seul et même état morbide s'objective tantôt en regrets du passé, tantôt en inquiétudes de l'avenir, sans rien perdre de sa nature propre et de ses caractères essentiels.

Ce qu'une conscience normale exige d'un souvenir, c'est qu'il reproduise exactement le passé et, comme le passé n'a pu être que d'une seule manière, tout souvenir qui en propose plusieurs versions différentes devient par cela même suspect. Mais si la conscience morbide est tout entière dans le présent, où se synthétise son histoire, si l'emploi qu'elle fait du temps n'est qu'une concession que lui imposent les nécessités du déploiement discursif, ce qu'elle exigera des souvenirs, c'est qu'ils soient à l'unisson du présent qu'elle traverse, et, s'ils lui apportent plusieurs versions d'un même fait<sup>2</sup>, elle ne s'arrêtera pas à cette difficulté et, si différentes qu'elles soient, ne songera pas à choisir entre elles, pourvu

1. Cf. II, p. 216.

2. Cf. II, p. 224.

qu'elles s'accordent toutes également à objectiver et à fonder un même et unique présent dans leur multiple passé. Ainsi l'intraduisible étrangeté que nous avons souvent signalée dans les souvenirs de nos malades tient aux conditions mêmes dans lesquelles la conscience morbide est réduite à faire emploi de la notion de temps et c'est de sa nature même, de l'incomparable individualité de ses états, qu'il résulte que ses souvenirs et ses prévisions sont, comme nous avons dit, de véritables métastases du présent dans le passé et dans l'avenir, opérées sous la contrainte des nécessités discursives<sup>1</sup>.

Il en est, de l'espace comme du temps, quand la conscience morbide est aux prises avec la nécessité, non plus de mettre en série les données de son expérience intime et les faits de son histoire, mais de déterminer le milieu extérieur au sein duquel elle se meut.

Toute affirmation d'une réalité objective, toute localisation dans l'espace homogène supposent concurremment l'impersonnalisation des sensations et des perceptions, qui sont psychologiquement leur point de départ, puisqu'elles reviennent à affirmer que quiconque serait à notre place, dans les conditions où nous sommes, sentirait et percevrait exactement ce que nous sentons et ce que nous percevons. Du contenu de notre conscience, à chaque moment, par l'effet d'un mécanisme complexe qui tient de la collectivité et de son organisation conceptuelle une grande part de sa fixité et de sa permanence, se détache spontanément un groupe d'images privilégiées qui, ramenées de la diversité fuyante des impressions individuelles à la rigidité de types constants et invariables, constituent notre monde extérieur. « De tout objet familier nous avons une infinité d'images inégalement étendues, parmi lesquelles nous en avons choisi une que nous appelons « réelle » ; et

1. Cf. II, p. 220.

nous réduisons toutes les autres à n'être que des signes de celle-là... Tout objet vu « en perspective » est immédiatement pensé en « position normale »... Il y a de l'analogie entre l'habitude de penser avec des mots et l'habitude de voir avec des formes normales et réelles, sélectionnées dans la jungle de nos expériences visuelles : de part et d'autre, nous ne faisons que remplacer des données multiples et vagues par une nomenclature fixe, où elles se retrouvent réduites et clarifiées<sup>1</sup>. »

Pour notre part nous irions volontiers plus loin que James et, entre cette habitude de penser avec des mots et cette habitude de voir avec des formes normales et réelles, nous inclinierions à trouver non pas une simple analogie, mais un rapport de cause à conséquence. La fixité et la permanence de notre expérience extérieure, si riches de résultats pour notre pratique, tiennent à la fixité et à la permanence même des concepts, sous lesquels les objets sont naturellement et spontanément subsumés, et c'est la rigidité du concept qui réduit les multiples et fuyantes représentations individuelles aux types normaux dont l'expérience collective a reconnu et apprécié la valeur et l'utilité.

S'il est vrai que la permanente présence, à chacun de ses moments, du psychologique pur soit le caractère essentiel de la conscience morbide, il est trop évident qu'il en résulte en son sein une véritable peréquation de tous les états psychiques que la conscience normale distingue et hiérarchise, et que la constitution du groupe d'images privilégiées dont nous venons de parler lui devient spontanément impossible : prises qu'elles sont dans la même masse psychologique pure, elles ne peuvent en effet se détacher nettement du reste de la conscience et s'y opposer, comme à leur contraire. La présence permanente du psychologique pur, en enveloppant tous les états mentaux de la même chaude et intime atmosphère, en les rappelant, pour ainsi dire, à

1. James, *Précis de Psychologie*, trad. Baudin-Berthier, p. 456-458.

chaque fois qu'ils veulent s'en dégager, à l'indistincte continuité de la vie consciente individuelle, réalise une véritable identité entre tous les plans du subjectif et de l'objectif. C'est ainsi que nous avons vu, chez Berthe, les diverses modalités de la pensée intime, la parole intérieure, la parole proprement dite, l'audition, la lecture, l'écriture, la-vision même des objets concrets devenir en quelque manière équivalentes, se substituer l'une à l'autre dans l'expression des réalités morales et physiques et nous donner ainsi le spectacle d'une incompréhensible fusion:

Mais c'est en même temps une nécessité pour toute conscience, même morbide, que de distinguer entre ses états pour se comprendre et d'utiliser le langage et ses cadres pour s'objectiver et pour s'exprimer. Ici donc, comme ailleurs, la conscience morbide se trouve prise entre les caractères singuliers de ses états et les exigences de leur déploiement discursif, et l'objectivité à laquelle elle aboutit est une objectivité de façade, à peine valable et intelligible pour elle-même, sujette aux mille variations et aux mille contradictions des impressions fugitives. C'est qu'en effet, du moment que sur l'arrière-plan de ses mouvantes représentations sensibles, de ses sentiments et de ses états subjectifs ne se détache pas, avec une brusque et vigoureuse clarté, un système permanent de signes collectifs qui la situe pratiquement à sa véritable place au sein de l'expérience commune, des deux réalités que nous avons pris l'habitude de distinguer spontanément, elle ne saisit en fait qu'une seule, la réalité subjective, dont la permanente présence du psychologique pur lui interdit de se dégager pleinement.

Les objets ne se déposent pas pour elle en des points déterminés de l'espace homogène, libres de toute adhérence avec les ensembles subjectifs dont leur perception est contemporaine. Ce qu'ils tiennent encore de rigidité et d'objectivité essentielle des schèmes collectifs auxquels elle tend automatiquement à les rapporter, ne fait

qu'un pour la conscience morbide avec l'intensité subjective avec laquelle ils sont perçus. Elle finit donc par ne plus juger de la valeur objective de ses états par la possibilité de leur réduction partielle à des types, auxquels leur valeur pratique collectivement éprouvée a fait attribuer la réalité en privilège, mais par leur retentissement affectif et par leur ampleur individuelle. D'un mot l'intensité subjective devient signe pour elle d'objectivité. Et c'est ainsi que nous avons vu des malades, sans en méconnaître aucunement la nature, accorder pratiquement la même importance à leurs rêves et à leurs hallucinations hypnagogiques qu'à leurs perceptions de l'état de veille<sup>1</sup>.

Nous tenons ici un des motifs pour lesquels le langage de nos malades offre si souvent une apparence hallucinatoire. C'est que, du fait de la continuité qui s'est établie entre leurs états psychiques, le subjectif est affirmé par eux comme objectif, sans que le subjectif cesse cependant d'être perçu comme tel. Il en est une autre raison. Le langage n'est pas un instrument de spéculation psychologique, il répond à des nécessités pratiques. C'est pourquoi, préoccupé comme il l'est du milieu où nous avons à assurer notre existence, il s'est avant tout appliqué à nommer les réalités matérielles et objectives. Aussi, quand l'humanité fait retour sur elle-même, est-ce à des métaphores empruntées au monde matériel qu'elle a recours pour traduire le contenu des consciences. Si des individus normaux se servent couramment de ces métaphores pour exprimer leurs états d'âme, nul ne songe à y prendre garde, tant elles sont usées et banales et ont perdu, en l'occurrence, tout rapport direct avec leur sens concret. Les verbes voir et entendre, par exemple, sont fréquemment employés au sens figuré sans qu'ils viennent à l'esprit de personne que celui qui en fait un tel usage est le jouet d'une hallucination. Mais que l'emploi de telles métaphores sorte

1. Cf. II, p. 228.



sensiblement des limites de la normale, comme c'est en plus d'une rencontre le cas de nos malades <sup>1</sup>, aussitôt l'attention se réveille, reprend conscience de leur sens concret et se demande comment il faut les comprendre, hésitation d'autant plus naturelle qu'elle est partagée par les malades eux-mêmes et que, perdus qu'ils sont au milieu d'expressions, qui, ni dans un sens, ni dans l'autre, ne sont plus adéquates aux singularités de leurs états psychiques, ballottés, pour ainsi dire, par elles entre le subjectif et l'objectif, dont la distinction n'a plus pour eux la souveraine clarté qu'elle offre pour nous, ils ne savent véritablement où se fixer et où se prendre.

Or c'est ici le point essentiel où se croisent, pourrait-on dire, les voies qui conduisent les malades du type des nôtres au langage hallucinatoire et peut-être même à des états dont le diagnostic avec les hallucinations proprement dites est cliniquement difficile, sinon impossible. La conscience morbide, telle que nous l'avons définie, n'a pas besoin de se méprendre sur la nature de ses états de conscience pour en tirer, dans son déploiement discursif, des conséquences qu'ils ne comportent pas normalement.

Pour notre expérience, tout état de conscience exprimé en termes de perceptions suppose une impression sensorielle relevant d'un excitant extérieur ou conçu comme tel. Mais ceci n'est vrai que des états de conscience susceptibles de se plier aux conditions suivant lesquelles les nécessités de l'activité pratique et les exigences parallèles de la collectivité ont réglé notre expérience. Pour des états de conscience, en revanche, réfractaires de leur nature à la rigidité de nos cadres conceptuels, pris en masse dans une mouvante continuité où sélections et groupements s'opèrent malaisément, notre fondamentale distinction de l'objectif et du subjectif perd beaucoup, sinon tout, de sa valeur prépondérante.

1. Cf. II, p. 163, 170, 230.

La conscience morbide, qui est faite de tels états, obli-gée qu'elle est, pour s'objectiver, d'emprunter notre lan-gage, est donc réduite à effectuer de son contenu une constante et incertaine transposition, pour laquelle elle ne saurait utiliser nos voies et moyens conceptuels, puis-qu'elle leur est par définition rebelle, et qui la contraint souvent à s'exprimer en termes objectifs, non qu'elle se fasse illusion sur ce qui se passe en elle, et qu'elle croie sensibles, au sens que le mot a pour nous, les réalités exté-rieures que, dans notre bouche, supposeraient de telles affirmations, mais parce que, dans le désordre et la con-fusion individuelle où elle se débat, par l'effet de nécessités profondes ou d'influences contingentes, soit simple ren-contre, soit adhérence primitive retrouvée en deçà de leur rupture collective, certains états psychiques et certaines expressions discursives sont entrés en coalescence et que ces états sont devenus par cela même signes des réalités auxquelles ces expressions répondent <sup>1</sup>.

Mais le trouble morbide ne pousse pas nécessairement ses effets jusqu'à constituer au malade un monde extérieur et une expérience dont l'appréhension s'opère et dont l'affirmation se pose par des moyens incompréhensibles pour nous. Il en peut rester au stade où la conscience morbide, pleine de ses souvenirs de conscience socialisée, constate, par comparaison, qu'il ne lui est plus possible d'objectiver ses perceptions comme autrefois et que, par conséquent, pour elle les objets extérieurs ont changé : ils lui paraissent drôles, bizarres, étranges et semblent avoir perdu quelque chose de leur réalité <sup>2</sup>.

C'est qu'elle est encore une fois victime de l'éternelle illusion que nous avons signalée à plus d'une reprise. Les objets ne nous apparaissent réels que pour autant que les impressions que nous en avons sont immédiatement suscep-

1. Cf. II, p. 231.

2. Cf. II, p. 194, 197 et 201.

tibles de se réduire, en perdant une indéterminable part de leur originalité, aux formes permanentes qui constituent pour nous les objets et auxquels adhèrent nos concepts. Percvoir revient à classer nos impressions dans les cadres anonymes de l'expérience antérieure et à n'en retenir que ce qui permet ce classement. La réalité des objets extérieurs tient donc, non à une certaine complexité synthétique de l'acte psychique par lequel ils sont perçus, en deçà de laquelle ils cesseraient d'être réels, mais bien au contraire, à l'abstraction qui, s'opérant au sein de la masse psychologique, détache de la mouvante représentation sensible le profil, d'une impersonnelle rigidité, qui doit précisément à cette rigidité et à cette impersonnalité seules de pouvoir faire figure d'objectif et se situer dans l'espace homogène. Or, de leur nature, les états de la conscience morbide sont incapables d'une semblable abstraction. Ses perceptions, dont le contour s'estompe et s'efface au contact permanent du psychologique pur, oscillent et hésitent entre l'objectif dont elles sont grosses et dont elles tendent automatiquement à accoucher, et les résistances, incompréhensibles pour une conscience tout à l'heure à peu près normale, de ce dont jadis la présence n'était jamais clairement sentie. Ainsi les perceptions de la conscience morbide contiennent tout ce que renferment les nôtres et, si elles en diffèrent, c'est par excès et non par défaut. Mais, quand elle s'arrête à cette constatation, la conscience morbide en juge du point de vue qui est le nôtre et qui a été le sien, et de cette différence conclut à une insuffisance et à une imperfection de son psychisme individuel.

Il y a plus : la perception est une connaissance plus pratique que spéculative, elle nous informe moins de ce que sont les choses en elles-mêmes que de ce qu'elles sont pour nous ; elle figure le milieu où s'exercera notre activité. Par là s'accuse l'étroite parenté, l'intime union de nos perceptions et de nos réactions motrices, des concepts moteurs et des concepts discursifs, sous lesquels les unes

et les autres se subsument. « Reconnaître un objet usuel, dit M. Bergson <sup>1</sup>, consiste surtout à savoir s'en servir... Nous jouons d'ordinaire notre reconnaissance avant de la penser. Notre vie journalière se déroule parmi des objets dont la seule présence nous invite à jouer un rôle. » S'il en est ainsi, il doit y avoir pour la conscience morbide un moment fugitif de son évolution, que la maladresse psychologique des malades, leur difficulté à s'exprimer, le rapide envahissement des interprétations, le progrès divergent des réactions de tout ordre rendent nécessairement difficile à saisir, où se manifeste une impossibilité parallèle d'abstraire les mouvements et les représentations utiles, où le jeu des concepts moteurs et celui des concepts discursifs sont simultanément inhibés. Or de l'existence d'un tel moment l'observation de Charles nous a apporté la preuve : si les objets lui paraissent drôles, bizarres, changés, ce n'est pas en fait qu'ils se soient modifiés, c'est qu'il a l'impression qu'il ne s'en servirait plus comme autrefois ; plus les objets se rapprochent, c'est-à-dire rentrent dans la sphère de son action, plus leur étrangeté se fait intense et angoissante ; ce qu'il y a de trouble dans sa perception se relie donc étroitement à un trouble de son activité motrice.

Or les troubles de la volonté sont apparus à M. Janet comme « un stigmate essentiel » de la psychasthénie <sup>2</sup>. Mais la volonté ne s'exerce que dans le milieu social, suivant les voies et moyens frayés par la perception et l'intelligence, dont nous avons vu la profondeur des attaches collectives. Seules les consciences socialisées veulent et agissent. Un acte n'est agréé par nous comme volontaire, que pour autant qu'il se subordonne aux concepts discursifs et moteurs, que nous impose la collectivité dont nous faisons partie, et qu'il se plie à ses exigences intellectuelles et pratiques, sinon morales ; tout autre nous paraît indigne de ce

1. *Matière et mémoire*, p. 94-95.

2. *L. c.*, p. 354.

nom. Et c'est là une règle que nous n'appliquons pas seulement à autrui, mais à nous-mêmes. De ce point de vue, l'aboulie et les incomplétudes de la volonté apparaissent comme l'impossibilité de se mouvoir dans les cadres que l'intelligence et la collectivité ont construits, aucun concept moteur ne répondant plus au concret de la pensée, rebelle également à tout concept discursif. Sans doute l'observation de Charles est seule à nous apporter de cette théorie un indiscutable commencement de vérification ; mais nous avons dit les raisons qui, d'avance, permettaient de prévoir cette pénurie de preuves, et, d'ailleurs, le négativisme, l'inactivité, l'inertie, la stupeur même, que nous avons souvent constatés chez nos malades<sup>1</sup>, ne prennent-ils pas maintenant une importance et une portée nouvelles et notre hypothèse ne les éclaire-t-elle pas d'une nouvelle lumière dont, par réflexion, elle bénéficie à son tour ?

Ainsi à l'explication de l'ensemble des troubles présentés par nos malades semble suffire la conception, proposée par nous, qui fait de la conscience morbide une conscience individuelle, incapable de réduire de son contenu le psychologique pur et d'atteindre, par suite, à cette forme abstraite de la vie mentale qu'est la conscience claire et conceptualisée, où l'individu voit, à tort, le suprême produit de sa propre activité psychique. Mais il a, du moins, raison en ce sens que, sans conscience claire et conceptualisée, il n'est pas d'humanité possible et que, par conséquent, cette forme de vie consciente, si elle n'est pas l'œuvre de la chimérique raison individuelle dans son splendide isolement, est toutefois la condition naturelle et la loi de l'espèce humaine.

La vie consciente normale, au stade où nous la vivons, n'est donc pas propre à l'individu, mais à l'espèce. Le trouble qui interdit à la conscience morbide de prendre, à l'égard de ses états, l'attitude qu'imposent les nécessités intellec-

1. Cf. II, p. 449.



tuelles, pratiques ou collectives, est donc un trouble spécifique qui la retranche, momentanément ou définitivement, de son groupe social et de l'humanité entière. Ce caractère de la conscience morbide avait, du reste, déjà frappé M. Bergson. « L'attention dont il s'agit, a-t-il écrit<sup>1</sup>, n'est d'ailleurs pas cette attention individuelle dont l'intensité, la direction, la durée changent selon les personnes. C'est, pourrait-on dire, l'attention de l'espèce, une attention naturellement tournée vers certaines régions de la vie psychologique, naturellement détournée des autres... Or, si un fléchissement léger de l'attention individuelle n'est que de « la distraction », chose normale, toute défaillance de l'attention spécifique se traduit par des faits pathologiques ou anormaux. »

Or, des troubles de la mentalité morbide, les causes essentielles et profondes, en l'absence desquelles ils ne seraient pas, nous sont apparus également comme spécifiques<sup>2</sup>. Ils ne sont pas la conséquence fortuite d'accidents survenus au cours d'une évolution individuelle par ailleurs normale. Les singularités diverses que la vie antérieure de nos malades a présentées, la lourdeur plus ou moins accablante de leurs antécédents héréditaires sont révélatrices, à cet égard, d'une anomalie congénitale, que nous saisissons, sans doute, non dans ses conditions physiologiques, à supposer qu'elles nous soient jamais connaissables, mais uniquement dans ses manifestations psychiques et collectives, et qui fait des psychopathes, au sein même du genre humain, une sorte de sous-genre, dont l'effort de la clinique est de distinguer les variétés. Des individus normaux, on peut dire qu'ils s'inscrivent comme des parallèles dans le plan de la collectivité. Les anormaux, au contraire, s'y inscrivent en lignes obliques ou brisées, dont on comprend que, si l'obliquité est peu accusée ou si les changements de direc-

1. *Le Souvenir du Présent et la Fausse Reconnaissance*, *Revue philosophique*, 1908, II, p. 388.

2. Cf. II, p. 181.

tion se font suivant des angles très petits, ils passent inaperçus, au moins à l'instrument peu sensible qu'est notre observation pratique des autres hommes.

Si le cerveau est l'organe de la pensée, c'est de la conscience spécifique qu'il faut l'entendre, et non de la conscience individuelle. Or la condition naturelle de l'humanité, c'est la vie sociale, la civilisation, au sens étymologique du mot, et, donc, sa conscience spécifique est une conscience collective et socialisée. Ainsi le cerveau normal apparaît, non pas comme le vase clos où le moût individuel entre de lui-même en fermentation, mais comme le levier qui élève l'homme du physiologique, où son psychisme individuel a son origine, au social, où il en prend, en fait, proprement connaissance et conscience claire grâce aux concepts.

Entre les démarches physiologiques, que d'un regard trouble suit une conscience embarrassée et vacillante et où s'applique une expérience automatique, dont elle constate les résultats plus qu'elle ne connaît l'existence, et les démarches volontaires et réfléchies ou, du moins, discursivement étalées, où une conscience agissante et claire obéit à des injonctions pratiques et logiques, dont le moins que l'on puisse dire, c'est qu'elles ne sont pas toutes son œuvre et que tous leurs caractères les opposent à la fuyante mobilité qu'elles organisent en concepts et en actes, on ne voit pas la place pour une expérience, une intelligence, une raison et une volonté proprement individuelles. Tout système nerveux est un organe de transmission entre un milieu physiologique et un milieu extérieur. Tant qu'entre l'insensible variabilité du premier et la pratique immuabilité du second, les réactions nerveuses gardent de génération à génération et d'individu à individu une relative permanence et une grande fixité, on ne répugne pas à expliquer l'individu tout entier par l'espèce et à refuser de porter au compte de ses initiatives les démarches que lui imposent les nécessités spécifiques : c'est par la ruche,

pour tout le monde, que s'explique l'abeille et non la ruche par l'abeille. Mais, en revanche, la souplesse, la puissance d'évolution du système nerveux humain sont telles qu'au sein de ces deux milieux invariables il semble constituer lui-même un nouveau milieu et qu'en fait les hommes ne vivent pas seulement dans le milieu matériel, mais encore dans un milieu humain, que détache du précédent le caractère singulier de ses transformations. Dans la constitution de ce milieu on a tendance à faire la part extrêmement large à l'individu et aux initiatives de la conscience claire. Mais, en fait, elle a ses conditions dans des caractères spécifiques et non individuels, dont la conscience claire ne saurait être la cause et dont elle est, en réalité, l'effet. Il n'y a de conscience claire que des données collectives, et le fonctionnement normal du cerveau, à la jonction du milieu physiologique et du milieu extérieur, est la condition même de l'exacte insertion de nos processus psychiques dans les formes anonymes de la conscience claire.

Ce n'est pas à dire que l'individuel, le psychologique pur n'existent pas, mais ils sont moins une étape de la pensée qu'un passage obscur, éclairé de plus de vie que d'intelligence, qui, du milieu physiologique dont il part, conduit au milieu social, où il s'élargit à la conscience claire en représentations collectives. La vie psychique normale traverse l'individuel et le psychologique pur, mais ne s'y arrête pas. Dans ces conditions, le caractère spécifique que nous avons reconnu au trouble de la conscience morbide et à ses causes, nous apparaît comme aussi naturel que nécessaire. La constatation de ce caractère n'a donc pas lieu de nous surprendre : eût été bien plutôt la constatation contraire qui eût été de nature à créer des difficultés et motiver de l'étonnement.

De la nature et de l'intensité, encore à peu près indéterminables, des causes spécifiques dépendent évidemment la durée, la gravité, la tonalité et la qualité du trouble morbide, tout ce qu'il est, pour ainsi dire, indépendamment de

son expression discursive et avant même de s'y objectiver. Les circonstances dans lesquelles il surgit n'interviennent nullement pour le produire. La vie des individus normaux est pleine d'incidents semblables à ceux que l'entourage des malades et les malades eux-mêmes allèguent pour expliquer leur état. Dans l'immense majorité des cas ils ne provoquent heureusement que des émotions normales, dont les conséquences se déroulent normalement. Si donc l'émotion qu'ils produisent entraîne l'apparition de troubles mentaux, c'est qu'elle est elle-même morbide et qu'elle tient ce caractère non de l'événement dont elle résulte, mais du terrain sur lequel elle a germé. Il n'est que juste, en revanche, de reconnaître que les circonstances fournissent le trouble morbide de formules discursives, de détails anecdotiques, de notes pittoresques, et qu'elles peuvent, par conséquent, servir à nous en expliquer le décor et la mise en scène. Mais le caractère propre et la propre nature en dépassent et en débordent singulièrement ces déterminations contingentes. S'il n'était pas d'abord ce qu'il est, impuissance de réduire aux formes éprouvées par la conscience socialisée la fuyante hétérogénéité du psychologique pur, les circonstances ne seraient plus ce qu'elles sont, n'engendreraient pas de tels effets, car, dans ces conditions, elles garderaient leur place normale et leur développement régulier dans l'expérience commune.

Vu, le 22 juillet 1913,

*Le Doyen de la Faculté des Lettres  
de l'Université de Paris,*

A. CROISSET.

Vu et permis d'imprimer,

*Le Vice-Recteur  
de l'Académie de Paris,*

*Pour le Vice-Recteur,  
l'Inspecteur de l'Académie,*

J. LAMIRAND.

---

# TABLE DES MATIÈRES

|                        |   |
|------------------------|---|
| AVANT-PROPOS . . . . . | 1 |
|------------------------|---|

## PREMIÈRE PARTIE

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| OBSERVATIONS COMMENTÉES . . . . .         | 1   |
| I. Observation I. Adrienne . . . . .      | 3   |
| II. Observation II. Berthe . . . . .      | 16  |
| III. Observation III. Charles . . . . .   | 38  |
| IV. Observation IV. Dorothée . . . . .    | 53  |
| V. Observation V. Emma . . . . .          | 72  |
| VI. Observation VI. Fernande . . . . .    | 93  |
| VII. Observation VII. Gabrielle . . . . . | 127 |

## DEUXIÈME PARTIE

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| LE PROBLÈME ET SES DONNÉES . . . . .                                        | 143 |
| I. L'ordre d'investigation . . . . .                                        | 147 |
| II. Le paradoxe moteur . . . . .                                            | 149 |
| III. Le paradoxe affectif . . . . .                                         | 156 |
| IV. La pensée morbide et le langage . . . . .                               | 161 |
| V. Les images et les métaphores . . . . .                                   | 166 |
| VI. L'intégrité de l'activité psychique et le déséquilibre mental . . . . . | 176 |
| VII. Les caractères généraux des systématisations délirantes . . . . .      | 183 |
| VIII. Les souvenirs, les concepts, les jugements morbides . . . . .         | 214 |
| IX. L'anxiété morbide . . . . .                                             | 242 |

## TROISIÈME PARTIE

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| LA CONSCIENCE MORBIDE . . . . .                                                        | 247 |
| I. Le langage, les réactions affectives et motrices et la conscience normale . . . . . | 252 |
| II. Le psychologique pur . . . . .                                                     | 272 |
| III. La conscience morbide . . . . .                                                   | 285 |











